Ein Fall von hysterischem Fieber verbunden mit Anurie und hysterischem Blutbrechen.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT

ZU

FREIBURG IM BREISGAU

VON

KARL HESSEL

MEDIZINALPRAKTIKANT

AUS

KREUZNACH a. d. Nahe.

FREIBURG i. Br.

SPEYER & KAERNER

Universitätsbuchhandlung.

1911.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Freiburg i. B.

Dekan:	Referent:
Geh. Rat Prof. **Dr. von Kries.**	Professor **Dr. Schüle.**

Druck von A. Bonz' Erben in Stuttgart.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543126_0103

Zu den am meisten umstrittenen Symptomen im Krankheitsbilde der Hysterie gehören das hysterische Fieber, die hysterische Anurie und die hysterischen Blutungen. Namentlich über das „hysterische Fieber“ ist im Laufe der Jahre eine recht ansehnliche Literatur erschienen, und trotzdem ist die Frage, ob es ein essentielles hysterisches Fieber gibt, noch bis heute eine offene. Der Zahl der Autoren (Krafft-Ebing, Oppenheim, Briquet, Ughetti, Dippe, Toussot, Rivière, Sarbo, Kausch, Déjerine, Hale White u. a.), welche für das Vorkommen eines rein hysterischen, d. h. „eines ausschließlich durch die mit dem hysterischen Grundleiden verknüpften, zentralen und peripheren Innervationsstörungen verursachten Fiebers“ (zitiert nach Binswanger) eintreten, stehen diejenigen Autoren gegenüber (Jolly, von Strümpell, Pinard, Grisoll, Schultze u. a.), welche die Frage der Existenz eines hysterischen Fiebers sehr skeptisch betrachten, ja das Vorkommen eines solchen überhaupt bestreiten. Ein jedes derartige Fieber halten sie für vorgetäuscht, oder aber durch eine gleichzeitig vorhandene nicht diagnostizierte oder nicht diagnostizierbare Organerkrankung bedingt.

In den neueren Lehrbüchern der inneren Medizin (Mering, Osler-Hoke, Strümpell, Leube u. a.) finden wir meist nur ganz kurze Erwähnungen des hysterischen Fiebers. Am ausführlichsten noch drückt sich Strümpell aus (Lehrbuch der speziellen Pathologie

und Therapie, Bd. II, S. 763): „Im Anschluß an die vasomotorischen Störungen haben wir noch eine Erscheinung zu erwähnen, deren Deutung unseres Erachtens auch noch nicht genügend aufgeklärt ist — wir meinen das hysterische Fieber. Bei schwerer Hysterie, namentlich zur Zeit schwerer Anfälle und psychischer Störungen haben andere Beobachter und wir selbst wiederholt hohe Fiebertemperaturen (bis 41° und darüber) beobachtet, welche in ganz unregelmäßiger Weise auftreten. In keinem der von uns gesehenen Fälle vermochten wir aber die Möglichkeit einer Simulation, d. h. der Hervorbringung des hohen Quecksilberstandes durch Reiben und Drücken des Thermometers gänzlich auszuschließen. Alle von uns selbst im Rektum ausgeführten Temperaturmessungen waren normal, während das angeblich hohe Fieber stets in unserer Abwesenheit auftrat. Wir empfehlen daher in bezug auch auf diesen Punkt die größte Vorsicht."

Auch Oppenheim rät in seinem Lehrbuch für Nervenkrankheiten dringend zur Vorsicht in der Diagnose des hysterischen Fiebers; glaubt aber, daß nach den neueren Erfahrungen das — wenn auch seltene — Vorkommen eines hysterischen Fiebers nicht mehr bezweifelt werden könne. Bei den innigen Beziehungen zwischen dem Seelenleben und den vasomotorischen Vorgängen könne diese Tatsache der idiopathischen Temperatursteigerungen ja auch nicht so auffallend sein. In vereinzelten Fällen von hysterischem Fieber, die er beobachtet hat, war seiner Ansicht nach jede Täuschung ausgeschlossen. Ebenso weist Déjerine, der das Vorkommen eines hysterischen Fiebers ebenfalls anerkennt, darauf hin (vgl. Oppenheim l. c. S. 1086), daß junge erregbare Individuen nach jeder Aufregung von Temperatursteigerungen befallen werden können. Eingehende Erörterungen über diese, gewissermaßen einleitende Frage, ob durch Erregung von nervösen Teilen Fieber bewirkt werden kann, finden sich

bei Scherschewsky („Über Thermoneurosen"; Archiv f. pathol. Anatomie u. Physiologie, Bd. 96, 1884, S. 131). Auf Grund von 4 Beobachtungen kommt er nach längerer Auseinandersetzung, die näher zu besprechen hier zu weit führen würde, zu dem Schlusse, daß „eine Temperaturerhöhung durch Funktionsstörung des vasomotorischen Zentrums auf rein nervöser Basis möglich sei". Verschiedentlich konnte er genau verfolgen, daß die Temperaturerhöhung — die organisch nicht begründet war — sofort dem psychischen Affekt folgte, und daß überdies die gebräuchlichen Antipyretica die Temperatur nicht herabsetzen konnten, während dagegen Bromkalium, Champagner und Sauerstoff die Temperatur rasch zum Sinken brachten. Dieselbe Ansicht betreffs Zustandekommen von Hyperthermie durch rein funktionelle Reizungen vertritt Schwarz in der St. Petersburger medizinischen Wochenschrift 1907, Bd. 33, No. 42, 43, S. 405 u. 413. Des weiteren spricht für die Möglichkeit eine ganze Reihe klinischer Beobachtungen, die Jakowenko in seiner Arbeit über das hysterische Fieber (Russische medizinische Rundschau, 5. Jahrg. 1907, S. 5) anführt: so z. B. werden bei progressiver Paralyse manchmal unglaublich tiefe Temperaturen beobachtet; bei Epilepsie, bei Lateralsklerose, bei Tabes kommen plötzliche Steigerungen vor; bei Angstzuständen steigt die Körperwärme oft bedeutend. Anzuführen wären an dieser Stelle sodann noch kurz Fälle von hohen Temperatursteigerungen nach Verletzungen des Gehirns und des Rückenmarks. (Simon beobachtete 44° bei Bruch des 12. Brustwirbels; Frerichs 43,6° bei Fraktur des 5. u. 6. Halswirbels). Weiterhin hat man Fieber bei Exstirpation des Pons Varoli und nach einem Trauma des Rückenmarks beobachtet und ebenso bei mechanischer Reizung im Tierexperiment Hyperthermie erzielt (Schwarz). Alle diese von Jakowenko angeführten Fälle sprechen nach seinen zusammenfassen-

den Schlußworten, wie gesagt, für eine reine nervöse Herkunft des Fiebers; er schließt mit dem Hinweise, daß es die Untersuchung manch größerer und kleinerer Arbeiten gewesen sei, ob man hierauf auch das hysterische Fieber beziehen könne.

Binswanger, der im übrigen dem Vorkommen eines hysterischen Fiebers skeptisch gegenüber steht, schreibt zu den oben erwähnten Erörterungen (Binswanger: „Die Hysterie". 1904, S. 602 ff.), „doch wird auch von neueren Bearbeitern der Fieberlehre die Möglichkeit nicht in Abrede gestellt, daß primäre Erkrankungen und sekundäre Erregungen der Wärmeregulierungszentren Hyperthermien erzeugen können. Für unsere Beobachtungen liegt die Erklärung am nächsten, daß pyrogene Stoffwechselprodukte auf die mit der Wärmeregulierung betrauten Apparate zu verschiedenen Zeiten bei den hysterischen Patientinnen in verschiedenem Grade einwirkten, je nach dem Erregbarkeitszustande dieser Thermozentren. Dabei lassen wir die Frage über den Sitz dieser Apparate für die Wärmeregulation ganz unerörtert. Nur möchten wir der Annahme entgegentreten, daß gerade dieses hysterische Fieber für die Annahme kortikaler „thermischer Zentren" vom klinischen Standpunkt aus spreche. Denn in gleicher Weise wie die infrakortikalen Zentralapparate für die Atmung und Blutzirkulation in mannigfachster Art durch kortikale, einschließlich der psychischen Reizvorgänge beeinflußt werden, kann dies auch hinsichtlich der infrakortikalen thermischen Zentren stattfinden. Krehl hebt mit Recht hervor, daß wir uns bei der Erklärung des nervösen Fiebers auf ein äußerst unsicheres und schwankendes Gebiet begeben." Ähnliche Erörterungen finden wir bei Meissen (Berlin, klin. Wochenschrift 1898, No. 23, S. 511), der ebenfalls darauf hinweist, daß auch ohne die von uns gewöhnlich beobachteten Fieberursachen — Toxine, Fermente, Zerfallsprodukte, die in den Säfte-

strom aufgenommen werden — erhöhte Temperaturen möglich sind, ohne daß wir an eigentlich krankhafte Störungen zu denken brauchen; daß auch beim Gesunden namentlich Einwirkungen des Nervensystems und der Psyche eine Steigerung der Körpertemperatur erzeugen. Deshalb schlägt Meissen vor, diese Temperatursteigerungen, die nicht auf die Aufnahme mehr oder weniger infektiöser Stoffe zurückgehen, Hyperthermie zu nennen; namentlich bei den fieberhaften Temperatursteigerungen der Nervösen und Hysterischen hält er diese Bezeichnung für sehr angebracht. Mit derselben Begründung schließt sich dieser Ansicht Meissens Schwarz an, der überdies einen Fall von Hyperthermia nervosa bei einer nicht Hysterischen beobachtet hat, so daß der Ausdruck „hysterisches Fieber“ bisweilen also gar nicht den Tatsachen entspreche.

Binswanger erkennt, wie erwähnt, das hysterische Fieber nicht an; er glaubt, daß man gegen die Mehrzahl der in der Literatur vorhandenen kasuistischen Belege den Einwand erheben könne, daß eine Komplikation mit anderen Krankheiten (z. B. Tuberkulose, Darmerkrankungen u. a.) vorgelegen habe, oder daß die am Thermometer nachweisbaren Temperatursteigerungen künstlich (durch Reiben oder durch vorherige Erwärmung der Quecksilberkugel) bewerkstelligt worden seien. Einen unzweideutigen Fall von Temperatursteigerung bei Hysterischen, welche ausschließlich auf Reizzustände in kortikalen oder infrakortikalen thermischen Zentren hätte zurückgeführt werden können, habe er nicht beobachtet. Die weitestgehenden, über Wochen und Monate ausgedehnten Schwankungen der Körpertemperatur mit Steigerungen bis zu 40° beobachtete Binswanger in einem Falle von Hysterie, der durch eine chronische Nierenerkrankung kompliziert war. Die Temperatursteigerungen traten in unregelmäßigen Intervallen von 2—17 Tagen ganz plötzlich ein. Meist waren die Abendtemperaturen beträcht-

lich erhöht, die Morgentemperaturen schwankten zwischen 36,8 und 37°. Ein einziges Mal stieg die Temperatur morgens von 36,4 auf 39,8°, abends auf 40°, um innerhalb drei Tagen auf 39,6, 39,2 und schließlich wieder auf 36° zu fallen. Gerade diese Beobachtung zeigte nun, daß, obgleich eine rein neurotische Entstehung der Temperatursteigerung aus den angegebenen Gründen unwahrscheinlich war, doch ein gewisser Zusammenhang zwischen der Hyperthermie und den Steigerungen des hysterischen Krankheitsbildes vorhanden war. Denn die Temperaturerhöhungen erreichten nur dann einen aus dem Nierenleiden allein kaum erklärbaren Grad, wenn schwere psychische oder motorische Erregungszustände oder gehäufte Paroxysmen das Krankheitsbild beherrschten.

Eine große zusammenfassende, sowohl historische als auch kritische Arbeit über das hysterische Fieber bringt Sarbo (Arch. f. Psychiatrie, Bd. 23, S. 486 ff.). In derselben finden wir manch wichtigen und neuen Gesichtspunkt angeführt, so daß es sich lohnen dürfte, auf diese Arbeit näher einzugehen; aus dem Teile der Arbeit, der sich mit der Geschichte des hysterischen Fiebers beschäftigt, erfahren wir folgendes: Die ersten Untersuchungen über das hysterische Fieber — leider ohne genaue Temperaturmessungen — wurden von französischen Autoren (noch heute stammen die meisten Abhandlungen über das hysterische Fieber aus französischer Feder), Pomme, Tissot, Baillon und Rivière, gemacht. Aber während man früher das bei Hysterischen zu beobachtende Fieber auf die bei denselben immer vorhandene uterine resp. ovariale entzündliche Erkrankung bezog, wurde, als man einsah, daß die Hysterie auch ohne eine solche entzündliche Basis sich entwickeln könne, das bei den Hysterischen beobachtete Fieber anders gedeutet. Die erste größere Veröffentlichung über diese neueren Untersuchungen stammt von Bri-

quet (Chr. Briquet, Traité de l'hysterie 1859), er schreibt hier: „Seitdem man statt der üblichen spekulativen Gedanken die Tatsachen beobachtete, war es leicht, bei der Hysterie ein Fieber zu konstatieren, das mit einem entzündlichen Vorgange im Organismus nichts gemein hatte. Solche fieberhaften Zustände sind zwar nicht sehr häufig, jedoch habe ich unter meinen Beobachtungen etwa 20 Fälle, die Frauen betrafen, welche inmitten ihrer schweren Hysterie in einen stark fieberhaften Zustand verfielen, welchen man für Typhus gehalten und welcher monatelang gewährt hat und mit starken Kopfschmerzen, lebhaften Delirien, mitunter hysterischen Krämpfen verbunden war; nach dieser Krankheit stellte sich Erschöpfung, Anaesthesie, Hyperaesthesie oder Lähmung der oberen Extremitäten ein und währte monatelang. Während des ganzen Krankheitsverlaufes beobachteten wir ein hohes Fieber und Störungen der Verdauungsorgane. Schließlich ist keine der 20 Patientinnen gestorben, wie es, nach den schweren Gehirnsymptomen zu urteilen, zu erwarten gewesen wäre, wenn wir es wirklich mit Typhus oder Meningitis zu tun gehabt hätten."

Eine Masse anderer Autoren (Landowzy, Chomel, Bouchut, Boissard u. a.) äußerten sich in kurzen Zwischenräumen zu der von Briquet angeschnittenen Frage; der erste, der in seiner Abhandlung alles, was über diesen Gegenstand geschrieben war, sammelte, war Gagey („Des accidents fébriles qu'on remarque chez les hystériques", Dissertation, Paris, 1869). Er klassifizierte auch als erster das hysterische Fieber und unterschied drei Formen desselben: 1. Fièvre continue; 2. fièvre remittente; 3. fièvre intermittente. Seine Meinung faßte er dahin zusammen, daß es ein hysterisches Fieber gibt, dessen Grund wir nicht kennen, und daß es entweder in der Puerperalzeit oder nach schweren Erkrankungen oder nach einem psychischen Chock er-

scheint, wobei die Schwere der Symptome absolut nicht parallel geht mit den Temperaturerhöhungen.

Als Gegner der bisher genannten Autoren zeigte sich Pinard („De la pseudo-fièvre hystérique", Thèse de Paris, 1883). Er bezweifelt, daß in den mitgeteilten Fällen überhaupt Fieber vorhanden gewesen wäre. Für die Zustände bei Hysterischen, die einem Fieber gleichen, in denen seiner Meinung nach aber eine Temperaturerhöhung nicht vorhanden ist, prägt er die Bezeichnung des „pseudo-fièvre hystérique". Chauveau trat diesen Ansichten Pinards entgegen und erkannte in seinem Aufsatze: „Forme clinique et pathogénie de la fièvre hystérique", Thèse de Paris, 1888, drei Formen des hysterischen Fiebers an. (Vgl. hierzu die von Gagey aufgestellte Einteilung, S. 11). 1. Forme lente: ein lange währender Fieberzustand, bei dem die Patientinnen trotzdem keine oder nur eine unbedeutende Gewichtsabnahme zeigen; das Fieber übersteigt 38—39° nicht. 2. Forme intermittente: die hier mitgeteilten Fälle hält Chauveau zumeist für wirkliche Wechselfieber. 3. Forme courte mit den drei Abarten der typhösen, der pseudo-meningitischen und einer von ihm in einem Falle abweichend beobachteten Form. In ätiologischer Beziehung teilt Chauveau das hysterische Fieber in primäres, bei dem keine, auch nicht die geringste Organveränderung vorhanden ist, und in sekundär auftretendes Fieber; bei letzterem sollen psychische Aufregungen, Traumen, Suggestion und sehr oft Stuhlretention als Ursache vorliegen.

Von französischen Autoren erwähnt Sarbo noch Debove („De la fièvre hystérique", Gazette hebdomadaire. 1886, No. 19), dem es gelang, mittels Suggestion eine Temperaturerhöhung um 0,5—1,5° C auf 38,5° C zu erzielen. (Krafft-Ebing berichtet über einen ähnlichen Fall, in dem er durch Suggestion sogar eine Temperatursteigerung bis 41,5° erreicht hat.)

Von deutschen Autoren führt Sarbo hauptsächlich die Untersuchungen Wunderlichs („Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten“, 1870) an. Dieser spricht zwar nicht von hysterischem „Fieber“, erwähnt jedoch, daß die Hysterie Einfluß übe auf den Gang der Temperatur, und hebt hervor, daß bei hysterischen Neurosen intensiv hohe Temperatursteigerungen scheinbar spontan auftreten. Er betont ferner die Tatsache, daß hauptsächlich bei schwachen, sensiblen, nervösen Personen hysterischer Konstitution sehr oft auf den geringsten Anlaß hin, ja selbst scheinbar ohne einen solchen Temperaturerhöhungen vorkommen und sich sehr lange erhalten. In einem Falle stieg nach hysterischen Krämpfen, allerdings kurz vor dem Tode, die von ihm beobachtete Temperatur auf 43°. Er beobachtete ferner auch die von anderen Autoren hervorgehobene Tatsache, daß bei Hysterischen Temperaturerhöhung der einen Körperhälfte allein vorkommt, ohne nachweisbare pathologische Veränderungen.

Zu einem negativen Ergebnis kommt andererseits wieder Rosental: („Über vasomotorische Innervationsstörung bei Hysterie“, Allgemeine Wiener med. Zeitung, 1871, No. 23 u. 24). Er glaubt, daß bei schweren hysterischen Zuständen fieberhafte Symptome wie Rötung und Temperaturerhöhung der Haut wohl vorhanden sein können, daß aber ein wirkliches Fieber dabei nicht vorkommt. Diese Fälle würden also unter die von Pinard aufgestellte Rubrik des pseudo-fièvre hystérique zu rechnen sein.

Erst in neuerer Zeit finden wir sodann auch in den verschiedenen deutschen medizinischen Schriften eine Masse Beobachtungen über das hysterische Fieber; einige der erwähnenswertesten Fälle sollen nachher näher besprochen werden.

Aus der fremden Literatur — abgesehen von der schon erwähnten französischen — bringt Sarbo als

bejahend für das Vorkommen eines hysterischen Fiebers die Abhandlungen von Hale White, Lorentzen, Clemow und Morarcsik. Hale White (A case of hysterical pyrexia; The Lancet 1886, February 20. Clinical society of London) sieht nicht ein, daß die thermogenetischen Funktionen nicht ebenso verändert sein könnten, wie man bei hysterischen Lähmungen. Krämpfen u. dgl. die veränderte Funktion der entsprechenden Zentren annehme. Auf den Fall von Lorentzen (Refer. im Zentralbl. f. Nervenheilkunde, Psychiatrie usw. 1889, No. 16), der ausführlicher von Boulay angeführt wird, werden wir nachher bei Besprechung dessen Arbeit zurückkommen. Die Fälle von Clemow und Morarcsik finden sich unter „Case of hysterical hyperpyrexia“ (The British med. Journal 1877, Dez. 3) und „Beiträge zur Temperatur, Puls- und Respirationsverhältnissen der Hysterischen“ (Budapest 1886).

Was die Pathogenese des hysterischen Fiebers betrifft, so kommt Sarbo nach längeren Erörterungen, die hier anzuführen zu weit führen dürfte, zu folgenden Schlußsätzen: 1. „Klinische Beobachtungen wiesen schon darauf hin, daß beim Entstehen des Fiebers das Zentralnervensystem eine Rolle spielt. Dies bestätigen die durch Experimentaluntersuchungen entdeckten vasomotorischen und thermischen Zentren.“ 2. „Diejenigen Fieber, welchen keine organische Erkrankung zugrunde liegt, welche daher allein durch das Nervensystem bedingt sind, betrachten wir als durch die Störungen der Funktion der thermischen Zentren entstanden und nennen sie funktionelle nervöse Fieber.“ 3. „Es ist schon a priori wahrscheinlich, daß bei der Hysterie als exquisiter funktioneller Neurose solche Fieber vorkommen können.

In dem speziellen Teile seiner Arbeit bringt Sarbo einzelne Beobachtungen, die sich auf hysterisches mit den Nebenerscheinungen des Fiebers ohne

Temperatursteigerung (= hysterisches Scheinfieber) und auf wirkliches bald kontinuierlich, bald in Anfällen auftretendes Fieber beziehen. Aus den Leitsätzen, in welche er die einzelnen Kapitel zusammenfaßt, möchte ich wenigstens einige Stellen kurz erwähnen. In betreff des schon von Pinard aufgestellten „Scheinfiebers“ (Pseudo-fièvre hystérique) kommt Sarbo zu dem Schlusse, daß „die Hysterie, als eine vasomotorische Neurose, einen Symptomenkomplex darbieten kann, welcher, wenn nun auch Tachykardie sich hinzugesellt, den Eindruck eines febrilen Zustandes macht.“ Das echte, d. h. mit Temperatursteigerungen verbundene hysterische Fieber tritt nach Sarbo in zwei Formen, entweder als kontinuierliches Fieber oder als Fieberanfall auf. Die beobachteten Krankenfälle scheinen ihm zu beweisen, „daß sich im Verlaufe der Hysterie ein kontinuierliches Fieber einstellen kann, welchem keine Erkrankung zugrunde liegt und welches auch nicht als durch Muskelarbeit (Krämpfe) hervorgebrachte Temperatursteigerung betrachtet werden kann. Und zwar weist dieses Fieber je nach der Intensität niedrigere oder höhere Grade auf, aber ohne einen bestimmten Typus; oft tritt es plötzlich auf, und kann ebenso plötzlich aufhören. Als Ursachen des Fiebers werden in einigen Fällen das plötzliche Auftreten der Menstruation, psychischer Chock, Trauma angeführt; in den meisten Fällen ist keine Ursache nachweisbar.“ Über die hysterischen Fieberparoxysmen äußert sich Sarbo, daß dieselben im Verlaufe der Hysterie manchmal ohne nachweisbaren Grund ganz plötzlich mit je nach der Intensität hohen oder mäßigen Temperatursteigerungen auftreten könnten. Überdies begleite dieselben in vielen Fällen ein rein akzidenteller Komplex schwerer Symptome; bisweilen könnten die Fieberanfälle in Verbindung von Krampfanfällen auftreten, jedoch seien erstere von letzteren unabhängig. Ätiologisch will Sarbo die nach Chau-

veau sekundär auftretenden Fieberanfälle — die als eine gesteigerte Reaktion des Nervensystems auf eine geringfügige organische Veränderung aufzufassen seien — von den Fällen des hysterischen Fiebers (auch bei einer noch so geringen organischen Veränderung) ausgeschlossen wissen. Denn seiner Ansicht nach liegt das Charakteristische des hysterischen Fiebers gerade darin, daß kein fiebererregendes Moment und doch Fieber vorhanden ist! Die in der Ätiologie des hysterischen Fiebers weiterhin angeführten Ursachen wie Aufhören der Menstruation, Traumen, psychische Einflüsse seien gleichzeitig auch in der Entwicklung der Hysterie ausschlaggebend. Alle jene ätiologischen Momente also, die zum Zustandekommen der Hysterie beitrügen, könnten indirekt auch das hysterische Fieber verursachen, so daß also „die Ursache des hysterischen Fiebers in der Hysterie selbst zu suchen ist!“

Am Ende seiner umfangreichen Arbeit erwähnt Sarbo die Notwendigkeit einer peinlich genauen Diagnosenstellung, die mit als das „wichtigste Postulat“ beim hysterischen Fieber erscheine; eine Diagnosestellung, die jede im Organismus nachweisbare pathologische Veränderung ausschließen müsse. Differential-diagnostisch handele es sich wohl dabei hauptsächlich um typhöse und meningitische, eventuell auch tuberkulöse Symptome; seien doch gerade bei der Tuberkulose auch unregelmäßige, dem hysterischen Fieber am meisten ähnliche Fieberzustände vorhanden. Bei Vorhandensein von Fieberparoxysmen könnten dieselben oft denjenigen bei Intermittens ähneln. Das Schlußergebnis seiner Arbeit faßt Sarbo in den Satz zusammen: „Es gibt ein hysterisches Fieber; dieses kann in zwei Formen auftreten: als kontinuierliches Fieber und als Fieberanfall; aufzufassen haben wir das Fieber als ein funktionelles, d. h. als eine den übrigen hysterischen Symptomen analoge Erscheinung!“

Nicht erwähnt in der Arbeit von Sarbo ist der ungefähr um dieselbe Zeit in Paris erschienene Aufsatz von Boulay (Gazette des Hôp. Bd. 63, 148). Boulay hält das Vorkommen eines hysterischen Fiebers, d. h. „einer durch die Hysterie bewirkten Steigerung der Körperwärme“ für erwiesen, und zwar „einerseits durch zahlreiche unanfechtbare klinische Beobachtungen, andererseits durch die Debove gelungene Suggerierung von Fieber, bei der die Steigerung 0,5—1,5° C betrug“. Boulay unterscheidet die Fälle, in denen das Fieber selbständig auftritt, von denen, in welchen es nur als ein Symptom neben andern pseudo-organischen Symptomen erscheint. Als Beispiel für jene Form dient ihm eine Beobachtung Deboves (Bulletin de la soc. med. des. hôp. Février 13. 1883 et Avril 23. 1886): Eine 25jährige Frau, die seit ihrem 8. Jahre an Hysterie litt, zeigte länger als drei Jahre eine fast immer übernormale Körperwärme, die einen ganz unregelmäßigen Gang einhielt, zuweilen herabging, aber auch bis auf 41° C stieg. Im November 1884 schwankte 14 Tage lang die Temperatur zwischen 40 und 41°. Dabei war die Haut glühend, die Zunge belegt; es bestand starker Kopfschmerz, Puls 125 in der Minute; eine Organerkrankung konnte trotzdem nicht nachgewiesen werden. Dann hielt sich die Temperatur ungefähr ein Jahr lang auf 38° C. Aber im November 1885 stieg sie wieder an und schwankte 3 Monate lang zwischen 39,5 und 41° C. Fast jeden Abend traten große hysterische Anfälle ein; dann genas die Kranke plötzlich und war, nachdem sie 3 Monate lang von Milch gelebt hatte, weder geschwächt noch abgemagert. Gerade letzterer Punkt: keine Abmagerung nach so langem und schwerem Fieberverlauf wird in Verbindung mit plötzlicher Genesung von mehreren Autoren für eine charakteristische Erscheinung beim hysterischen Fieber gehalten.

Bei der 2. Form des hysterischen Fiebers unter-

scheidet Boulay: hysterischen Pseudotyphus, hysterische Pseudomeningitis, Pseudoperitonitis usw. Als Beispiel eines hysterischen Pseudotyphus führt er folgende Beobachtung Rigals (Briand, Thèse de Paris 1877) an: Am Tage nach einem heftigen Schrecken erkrankte eine 22jährige Frau mit Schüttelfrost und verlor das Bewußtsein. Im Krankenhause fand man nach einigen Tagen: Fieber (39,5° C), Durchfall, trockene Zunge, Stupor. Drei Tage später war Entfieberung eingetreten. Nun fand man rechtsseitige Hemianaesthesie mit Verlust des Geruches und des Geschmackes, Anaesthesie des Schlundes, Clavus hystericus. Drei Wochen später trat Paraplegie mit Kontraktur ein.

Bei der Pseudomeningitis können nach Boulay, abgesehen von den partiellen Lähmungen, alle Symptome der Meningitis vorhanden sein; das Krankheitsbild kann sehr düster aussehen, bis die oft mit einem Krampfanfall eintretende Genesung und das Auftreten zweifellos hysterischer Symptome Aufschluß geben. Differentialdiagnostisch könne auch noch ein Haemoptoe Schwierigkeiten machen, sobald sie mit Fiebererscheinungen kombiniert sei. Hierzu zitiert Boulay Lorentzen, der den von ihm beobachteten Fall im Zentralblatt für klinische Medizin (1889, pag. 569) beschreibt unter der Überschrift: „Eine Temperatur von 44,9° C mit Ausgang in Genesung". Bietet dieser Fall schon wegen der überaus hohen Temperatur ein ganz besonderes Interesse, so kommt noch hinzu, daß diese Temperatur mit Ausschluß aller Täuschungen festgestellt wurde. Es handelte sich um eine 20jährige Frau mit Haemoptoe ohne objektiven Befund. (Bisweilen zeigten sich Anfälle von Stenose der Respirationswege, hochgradige Cyanose, Bewußtseinsverlust, Urinretention, linksseitige Ovarie.) Temperatursteigerungen bis 44,9° wurden im Verlaufe der Krankheit mehrfach beobachtet; die Temperatur hielt sich eine Zeitlang auf dieser Höhe und fiel dann

allmählich ab. Bei der Temperatur von 44,9° war der Puls 144, regelmäßig, gespannt; die Atmung ruhig, 24. Über die Messung sagt Lorentzen: „Ich führte selbst das zuerst angewandte Maximalthermometer ins Rektum und in die Axilla. Die Kranke lag vollkommen ruhig, halb auf der linken Seite, die Arme über der Bettdecke; ich stand während der ganzen Messung (8 Minuten) an ihrer Seite. Das Thermometer vom Rektum wies 44,9° C, das von der Axilla 44,8°. Die Temperatur im Bett war 23°. Die zwei Thermometer wurden beim Instrumentenmacher geprüft und als gut befunden!“ Hieraus dürfen wir wohl den Schluß ziehen, daß Temperaturen von 45° C, die man früher immer geneigt war als simuliert anzunehmen, tatsächlich vorkommen und auch im Verlauf der Hysterie beobachtet wurden.

Auch auf das Krankheitsbild der Pseudoperitonitis geht Boulay kurz ein. Mary Putnam Jakobi hat unter anderem einen solchen Fall beschrieben. (Journ. of nerv. and ment. dis. June 1890.) Die Kranke, die er beobachtete, hatte früher an Ovarie, Harnverhaltung, Amblyopie, Paraparese gelitten; jetzt bekam sie zweimal anscheinend Parametritis mit Fieber. Nach dem ersten Anfalle folgte vorübergehende Stummheit; der zweite dauerte mehrere Monate, während deren die Temperatur über 39° C schwankte. Wiederholte Untersuchungen des Beckens, auch eine solche in Narkose, ergaben keine örtliche Veränderung. Nun erst stellte man die Diagnose auf Hysterie; man versicherte der Kranken, sie könne aufstehen und werde durch Elektrizität geheilt werden. Von diesem Tage an wurde die Temperatur normal, die Kranke stand auf und wurde geheilt.

Ob es auch eine Pseudomalaria gibt, will Boulay nicht entscheiden; doch scheint es ihm möglich zu sein; wenigstens seien bei einer Kranken Deboves Malaria ähnliche Fieberanfälle beobachtet worden; und eine

hysterische Kranke Charcots habe längere Zeit tägliche Anfälle von allgemeinem Übelbefinden im leichten Fieber (38—38,5° C) gehabt. Bonardi (Gazz. degli ospedali 1894) teilt die Krankengeschichte eines Mannes mit, welcher ein Fieber vom Typus einer regelmäßigen Malaria intermittens hatte, das nach Anwendung des elektrischen Pinsels plötzlich verschwand. Da der Urin während des hohen Fiebers blaß blieb, niedriges spezifisches Gewicht zeigte und arm an festen Bestandteilen war, da Puls und Atemfrequenz nicht mit dem Fieber stiegen und der Allgemeinzustand unberührt blieb, glaubte Bonardi zu der Diagnose des hysterischen Fiebers berechtigt zu sein.

Zur Erklärung des hysterischen Fiebers nimmt Boulay eine Erregung der thermischen Hemmungszentren der Hirnrinde an.

Noch auf drei größere Arbeiten über das hysterische Fieber (von Kausch, Hildebrand und v. Voß) hätten wir jetzt, wenigstens kurz einzugehen, um dann noch einige wichtige Einzelbeobachtungen aus der umfangreichen Literatur anzuführen.

Kausch („Das hysterische Fieber", Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 3. Suppl.-Bd. 1907, S. 452—479), der anfangs dem hysterischen Fieber gegenüber durchaus ablehnend sich verhielt, änderte seine Meinung, nachdem er an der Breslauer Klinik einen Fall von zweifellos hysterischem Fieber beobachtet hatte. Bei der betreffenden Patientin, die seit 4 Jahren an intensiven Magenbeschwerden litt, wurde in der chirurgischen Klinik die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf ein Magengeschwür gestellt. Bei der Operation wurde ein enger verdickter Pylorus gefunden, ein Ulcus in ihm angenommen und die Gastroenterostomia anterior antecolica mit Enteroanastomose angelegt. Nach einem Monat stiegen die Temperaturen bei der Patientin, die sich von der Operation nicht erholt hatte,

bis auf 41,9°. Das Fieber zeigte von Anfang an einen intermittierenden Typus; die Pulskurve folgte im allgemeinen der Temperaturkurve. Da mit den Temperatursteigerungen eine außerordentliche Schmerzhaftigkeit des Leibes einherging, sowohl bei Druck als auch spontan, wurde die Diagnose einer zirkumskripten Peritonitis gestellt und daraufhin zu einer Relaparotomie geschritten: der Befund war ein absolut negativer! Auch der bei der ersten Operation verdickt gefundene Pylorus erschien völlig normal. Nach der Operation wurde die Schmerzhaftigkeit wesentlich geringer, die Temperaturen fielen langsam, stiegen aber nach einer Anzahl von fieberfreien Tagen wieder an. Die Temperaturmessungen wurden nun unter genauester Beobachtung vorgenommen und als auch jetzt unter Ausschluß jeden Irrtums bei den Messungen, jeden Betrugs von seiten der Patientin, dieselben hoch blieben, glaubte Kausch berechtigt zu sein, einen Fall von hysterischem Fieber annehmen zu dürfen. Namentlich da Patientin zahlreiche ausgesprochene Stigmata: schmerzhafte Ovarie und andere schmerzhafte Druckpunkte, Globus usw. zeigte. Bei einer Wiederaufnahme nach einem halben Jahre verbanden sich mit den Temperatursteigerungen Anfälle von Dyspnoe. Noch leicht fiebernd wurde Patientin entlassen; allmählich verschwand das Fieber und Patientin hat über Temperatursteigerung nicht mehr geklagt. Kausch weist am Schlusse des Berichtes noch besonders darauf hin, daß sowohl für Tuberkulose wie für Malaria absolut keine Anhaltspunkte vorhanden gewesen wären.

Im Anschluß an diesen Fall unterzieht Kausch die einschlägige Literatur einer kritischen Würdigung. Soweit die einzelnen Literaturstellen noch nicht bei Besprechung der Arbeiten von Sarbo, Boulay und den anderen Autoren Erwähnung gefunden haben, soll dieses jetzt hier geschehen. Zuerst scheidet Kausch diejenigen Fälle aus, in denen es gelang, die Täuschung

durch die Patienten nachzuweisen, z. B. berichte du Castel („Simulation erhöhter Temperaturen seitens Hysterischer". Soc. méd. des hôp. de Paris 1884), daß eine hysterische Patientin Temperaturen bis zu 48° (!) dadurch vortäuschte, daß sie das in der Achselhöhle ruhende Thermometer längere Zeit hindurch mit den Fingern „perkutorisch bearbeitete". Auch v. Strümpell erwähnte einen solchen Fall, bei dem das Fieber aufhörte, als eine scharfe Kontrolle einsetzte. Ebenso berichtet Adler (Beiträge zu den Grenzgebieten der Chirurgie und Hysterie. Berlin, klin. Wochenschr. 1908, Nr. 5, S. 202), daß er kein positives Material für die Frage der Existenz eines hysterischen Fiebers beizubringen vermöge, da in den drei von ihm beobachteten Fällen das Fieber bei Übergang zu Rektalmessung unter der erforderlichen Kontrolle geschwunden sei.

In einer weiteren recht interessanten Gruppe stellt Kausch die Fälle von ungeheuer hohen Temperaturen zusammen. Die überhaupt höchste beobachtete Temperatur von 64,4° C (148° F!!) — über die eine Diskussion im übrigen überflüssig sei — erwähnt er nur, weil sie unter dem Titel: „Hysterical high temperature" von Alexander Smith bekanntgegeben wurde. Aus den sodann folgenden Temperaturen wähle ich nur diejenigen aus, deren Fälle ich in dieser Arbeit erwähnt habe: 50° Teabe; 45,5° Meißen; mehr als 45° Tillmann, Heller; 45° Vizioli; 44,9° Lorentzen; 43,9° Clemow; 43,3° Strasser; über 43° Mierzejewski; 43,8° Thompson; 42° Dippe; 41,4° Debove; 41,2° Barié; 40,6° Hale White; 40,4° Wormser und Bing, Chauveau; 40° Klemperer. Den Temperaturen bis zu 43° steht Kausch nicht gerade ablehnend gegenüber, da sie auch bei Verletzungen des Halsmarkes beobachtet worden seien; und auch Temperaturen von 46° ließen sich nicht so einfach von der Hand weisen, da sie gelegentlich, wenn auch

außerordentlich selten zur Beobachtung gekommen wären: z. B. bei Sonnenstich 46,1° (Thompson) und in einem zum Exitus führenden Fall 47,2°; bei Tetanus kurz vor oder nach dem Tode (44,75° Wunderlich, 45,6° Steward).

Besonders wichtig und folgenreich für die Diagnose eines hysterischen Fiebers scheinen Kausch die Fälle von vorgetäuschter Bauchaffektion zu werden, wie z. B. in dem von A. Strasser („Nervöse Hyperthermie". Wien, klin. Rundschau 1902, S. 328) mitgeteilten Falle: es handelte sich um ein Mädchen, welches seit 6 Jahren anfallsweise an Magenkrämpfen litt; zweimal war kopiöse, oft geringere Haematemese aufgetreten. Keine Achylie, keine motorische Insuffizienz; nur bestand eine periodische Ektasie nach Anfallshäufung. Die mit tonischen Krämpfen kombinierten Anfälle, die stets an die Nahrungsaufnahme gebunden waren, begleiteten oft Temperatursteigerungen bis 42,8° (43° im Rektum); die Haut war dabei blau und cyanotisch. Auf der Höhe des Anfalls trat Erbrechen und Schweiß ein, sofort danach hörten die Krämpfe auf, die Temperatur fiel rapide ohne Kollaps oft in 2—3 Minuten um 5°; brach Patientin und schwitzte sie zugleich, ehe es zu Krämpfen kam, so erfolgte nur geringe Temperatursteigerung. Fontana („Di un caso di febbre isterica". Il Manicomio moderno 15, 1899. Ref. im Jahresbericht für die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie 1899, pag. 771) sah eine ausgesprochene Hysterica, die nach der Pflege eines typhuskranken Kindes mit Schüttelfrost, Fieber, Kopfschmerz erkrankte. Seither hatte sie häufig 5—7 dauernde Anfälle von Erbrechen, Übelkeit, Kopfweh; die Temperatur zeigte eine unregelmäßige Kurve, stieg bis 40°; Puls und Respiration waren unbeteiligt. Letzterer Umstand, ferner, daß sich das Fieber suggestiv beeinflussen ließ, ist, wie Kausch glaubt, gewiß auf Hysterie verdächtig, doch sei eine vom Magen

ausgehende Intoxikation nicht mit Sicherheit von der Hand zu weisen. In dem Fall von Dippe („Ein Fall von hysterischem Fieber“. Deutsch. Arch. f. klin. Medizin, Bd. 64. 1898, pag. 212) handelte es sich wohl ebenfalls um eine durch Hysterie vorgetäuschte Bauchaffektion — ähnlich wie in dem von Kausch selbst beobachteten Falle —, um eine fieberhafte Pseudoperitonitis hysterica: Eine 43jährige Frau, die seit ihrer Jugend an hysterischen Anfällen litt, erkrankte im Anschluß an den heftigen Stoß einer Tür gegen den Unterleib rechterseits, der gerade an einer seit längerer Zeit empfindlichen Stelle erfolgte. Von da an war die rechte untere Bauchpartie außerordentlich empfindlich. Die Temperatur erhob sich mit abendlichen Steigerungen und tiefen Remissionen morgens auf über 40°. Nachts stellten sich schwere hysterische Anfälle ein, infolge deren Patientin sehr herunterkam. Vier Monate nach dem Stoße wurde die Laparotomie vorgenommen, nachdem kurz vorher die Temperatur auf 42° gestiegen war. Die Operation ergab einen negativen Befund, trotzdem wurden der Wurmfortsatz und die beiden Ovarien entfernt. Seit der Operation blieb Patientin gesund. Mehrmals übrigens war es auch in diesem Falle gelungen, Temperatursteigerungen zu suggerieren.

Eine hysterische Pseudoperitonitis lag auch im Falle von Massalengo und Farinati (Riforma med. 1894) vor: Patientin hatte heftige Schmerzen im Abdomen, Dämpfung in dessen untersten Partien, fadenförmigen Puls, frequente Atmung; die Temperatur betrug 41°. Die Kranke schien einem Kollaps nahe; nach heftiger Erregung sank die Temperatur von 42° auf 38°. Schmerz und alle Symptome verloren sich und nach einigen Tagen stand die Kranke auf. Das Körpergewicht war von 45 kg auf 49 kg gestiegen! In einem späteren Anfalle täuschte dieselbe Patientin Pseudophthisis hysterica vor. Das unter Kontrolle ge-

messene Fieber zeigte jetzt einen remittierenden Typus von 40°, 41°, ja sogar 42°; Heilung erfolgte durch Suggestivtherapie. Die Autoren halten dieses Fieber „für ein thermisches Äquivalent (remittierender Typus), wie die Konvulsionen das motorische, die Delirien das psychische darstellen. Diese Innervationsstörungen bedingen aber nicht allein das Fieber, sondern hier wirkt auch eine durch die gestörte Innervation bedingte Veränderung der Stoffwechselprodukte mit."

Zu den Fällen von Pseudomeningitis hysterica rechnet Kausch den von Tillmann beschriebenen, auf den wir nachher noch näher eingehen werden (vgl. Seite 36). In dem Falle von Dalché („Accidents hystériques à forme pseudoméningitiques". Gaz. médicale de Paris 17, I. 1885) ist die Pseudomeningitis hysterica mit einer Temperatursteigerung auf 38,8° verbunden gewesen; Chantemesse („Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte", Paris 1884) maß 39,2° und in den Beobachtungen von Macé („Des accidents pseudoméningitiques chez les hyst.". Thèse de Paris 1888) finden wir Temperaturen von 38,6° resp. 39,5° verzeichnet.

Noch ein Fall gehört in diese Rubrik, derjenige von Thompson („Hysterical fever". Med. News. Vol. 70, 1897, p. 13), der einen Fall von Pseudohirnabszeß mit Fieber bis 42,8° sah. Thompson diagnostizierte Hysterie; ohne daß er es wußte, wurde der Patient sodann von anderer Seite infolge der Annahme eines Hirnabszesses — mit negativem Befunde — trepaniert.

Im Falle Goldflam („Ein Fall von hysterischem Fieber". Neurol. Zentralbl. 1906, Nr. 21, S. 978) wurde durch die Hysterie das Krankheitsbild einer Osteomyelitis vorgetäuscht. Da die Temperaturen fast täglich in pyämischem Typus auf über 40° anstiegen, wurde in Narkose eine Inzision bis auf den Knochen gemacht. Als auch jetzt noch das Fieber (über 40°) weiter an-

hielt, wurde eine zweite Operation vorgenommen, wobei Knochen und Mark sich als vollständig gesund erwiesen. Da der Erfolg der Operation auch dieses Mal ausblieb, zweifelte man an der Richtigkeit der Diagnose Osteomyelitis, zumal da der Puls immer niedrig war (nie über 120) und Patientin beinahe blühend aussah. Dagegen ergab die Untersuchung des Nervensystems bedeutende Anhaltspunkte für die Diagnose einer Hysterie: (allgemeine Anaesthesie der Haut; Analgesie; Anaesthesie und Areflexie der Schleimhäute; hochgradige Einengung des Gesichtsfeldes nebst zentraler Amblyopie; linkerseits Ovarie; Oligurie und Anurie, abwechselnd mit Polyurie). Die Anurie bestand bei leerer Blase für 24 Stunden, die Temperatur schwankte noch immer zwischen 40,9° und 38,5°; einmal wurde nachts 36,2° gemessen. Später wurde die Diagnose Hysterie noch durch das Auftreten eines Ödems (Oedème blanc des hystériques) gesichert. Die Fieberanfälle waren meist begleitet von profusen Schweißausbrüchen, die ebenso wie die genaue Überwachung gegen eine mögliche Simulation sprachen.

Gerade diese letzteren Fälle, in denen gleichzeitig mit dem hysterischen Fieber lokale Symptome verbunden sind, die einen operativen Eingriff zu indizieren scheinen, bei denen aber dann die Operation einen negativen Befund ergibt, sind mit am sichersten für die Diagnose eines „hysterischen Fiebers“ zu verwerten. Bei den Fällen von reinem oder essentiellem hysterischem Fieber, in denen kein Symptom auf eine lokale organische Erkrankung hinweist, führt Kausch (Fall Heller vgl. später) noch folgenden an: C. Frank-Bressler: („Hysterical fever“. The med. Record. Newyork 1888, pag. 466) sah mehrere Fälle von Hysterie, in denen Temperatursteigerungen bis 41,5°, meist anfangs am höchsten, mit dem Tagesmaximum bald früh, bald abends, schnell wieder zurückgehend auftraten. Sie

begannen meist mit Frost, Appetitlosigkeit, Verstopfung, allgemeinem Übelbefinden. Auch hier wurde trotz der oft recht schweren Symptome kein oder doch nur ein geringer Gewichtsverlust beobachtet.

Debove behandelte eine hysterische Patientin, die ohne nachweisbare Ursache mehrere Monate bis über 41° fieberte: zunächst einen Monat 39,5°, dann einen Monat 40°, dann 41° und mehr. Acht Tage lang schwankte die Temperatur ständig zwischen 41,2° und 41,4°; jeden Abend traten hysterische Anfälle auf; dabei empfand Patientin keine subjektiven Beschwerden; Heilung erfolgte ziemlich plötzlich.

Barié (Note sur un cas de fièvre hystérique. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1886, pag. 389) berichtet über folgenden Fall: Bei einer jungen Spitalangestellten, die schon lange hysterisch war (Anfälle, Lähmungen, Sensibilitätsstörungen), häuften sich seit Wochen die Anfälle, bis zu 7 an einem Tage. 20 Tage lang zeigte darauf die Patientin hohes remittierendes Fieber bis 40°. Die Haut war heiß und trocken, der Puls nicht wesentlich beschleunigt (bis 98). Abends wurden stets höhere Temperaturen gemessen; die höchste Messung betrug (im Rektum) 41,2°; meist entsprach die Rektalmessung der der Axilla, mehrmals war die Achselmessung der Krämpfe wegen nicht möglich. In der Temperaturkurve zeigten sich verschiedene tiefe Remissionen, die aber nicht bis zur Norm reichten. Schließlich trat ein kritischer Abfall ohne die sonstigen Zeichen der Entfieberung ein. Die beobachteten Temperaturen waren nicht an die Anfälle gebunden, wie dies Klemperer beobachtete und beschrieb („Zur Kasuistik der Hysterie". Wien, med. Presse, 1887, pag. 210). In diesem Falle wurde die Patientin mit einem richtigen Starrkrampf und einer Temperatur von 40° in das Spital eingeliefert; auf kalte Übergießungen kehrte das Bewußtsein zurück. Am andern Tage war die eine

Körperseite frei, die andere noch unverändert, außerdem anaesthetisch, inklusive der höheren Sinne. Die Temperatur war auf 39,3° gefallen. Am folgenden Tage waren sämtliche Erscheinungen restlos verschwunden.

Zu den rein essentiellen Fällen ist dann wieder derjenige von Miercejewski („Über Hyperthermie bei Hysterie", Petersburger psychiatr. Gesellschaft 1890, Ref. im neurol. Zentralbl. 1890, S. 523) zu rechnen, der namentlich erwähnenswert ist wegen des enorm hohen Temperatursturzes von 11°, der zur Beobachtung kam. Ein 26jähriges Mädchen, welches seit mehreren Jahren hysterisch war (hystero-epileptische Anfälle mit Delirien, Ischurie), zeigte ohne jeden Grund Temperaturen bis 43°; diese hohe Temperatur fiel in 24 Stunden um 11° bis auf 29,3° ab (!), um dann wieder zur Norm zurückzukehren; sonst war der Typ der Temperaturkurve meist ein Typus inversus. Auch diese Patientin hatte selbst bei den höchsten Fiebergraden weder Schweiß noch Durst. Der Urin war auf 300 ccm vermindert, die Phosphate auf 1/5. Kausch glaubt, wohl mit Recht, daß dieser Fall nicht ganz einwandfrei sei.

Eine weitere Gruppe von beobachteten Fieberfällen rechnet auch Kausch, ähnlich wie Pinard, zu dem hysterischen Scheinfieber. Seine Definition deckt sich mit der von Pinard gegebenen: auch er versteht darunter einen Zustand, „in dem die Patienten subjektiv fiebern, d. h. alle subjektiven Erscheinungen des Fiebers zeigen, sich heiß fühlen, auch frösteln und schwitzen können. Objektiv sieht der Kranke fiebrig aus, die Haut fühlt sich heiß an, es kann Pulsbeschleunigung (Heubner) und Erhöhung der Atemfrequenz dabei bestehen Die Messung ergibt aber stets normale Temperatur." Kausch glaubt sogar, daß das Scheinfieber manche Hysterische dazu verleite, mit dem Thermometer Fieber zu simulieren, da sie ihrer Überzeugung nach sicher, und zwar in hohem

Grade fieberten, die vorgenommenen Messungen mit ihrem negativen Fieberbefunde aber dem widersprächen. Da liege es bei dem Charakter der Hysterischen sehr nahe, daß sie versuchten, „nachzuhelfen“.

Zusammenfassend unterscheidet Kausch noch einmal die vier Fieberformen bei Hysterischen, in welche sich wohl alle Beobachtungen einordnen ließen:

1. reines essentielles Fieber, d. h. Fieber mit allen zum Fieber gehörigen Begleiterscheinungen.

2. Hyperthermie, d. h. Fieber resp. Temperatursteigerung ohne die sonstigen Fiebersymptome.

3. Pseudo-symptomatisches Fieber, bei welchem alle Symptome auf eine febrile organische Erkrankung hindeuten, während in Wirklichkeit keine solche besteht (z. B. Pseudomeningitis, Pseudoappendicitis hysterica).

4. Hysterisches Scheinfieber, bei welchem die Kranken febril aussehen, subjektives Fiebergefühl haben, während das Thermometer normale Temperaturen angibt.

Nach Würdigung der Angaben von über 100 Autoren, deren Beobachtungen Kausch in seiner Arbeit verwertet hat, faßt er das Resultat seiner Betrachtung in dem Satze zusammen: daß nach Ausscheidung aller nicht einwandfreien Fälle, doch „ein kleines Häuflein, etwa ein halbes Dutzend“ übrigbleibe von reiner Hyperthermie und von solchen Fällen, in denen der hysterische Ursprung der Temperatursteigerung wahrscheinlich sei.

Für das Vorkommen eines hysterischen Fiebers tritt des weiteren Hildebrand in einer aus der Züricher Klinik stammenden Arbeit („Über das Fieber der Hysterischen“, Inaug.-Diss., Zürich 1902) ein. In den auf über 11 Jahre und auf über 200 Fälle sich erstreckenden statistischen Angaben glaubt Verfasser allerdings nur einen einzigen Fall von echtem hysterischem Fieber enthalten, den er näher beschreibt. Patientin, die auch sonst hysterische Stigmata, Ovarie usw. zeigte, hatte

einen ganz eigentümlichen Fieberverlauf. Während des ganzen Spitalaufenthaltes — ca. 3/4 Jahre — zeigte sie fast ununterbrochen erhöhte Temperaturen, ohne daß sich im Krankheitsverlauf irgendwie eine Erklärung durch eine örtliche Erkrankung fand. In mannigfachster Weise kamen Schwankungen in der Temperatur vor: Die Temperaturerhöhungen dauerten bald nur einen Tag, dann wieder waren es ununterbrochene Fieberaufzeichnungen von 8—14 Tagen, einmal sogar während sechs Wochen. Die Höhe schwankte meist zwischen 38° und 39°, 39° wurde nicht überschritten. Der Puls war bei den erhöhten Temperaturen gewöhnlich um 100; einige Male allerdings bestand hohe Pulszahl bei niedriger Körperwärme und umgekehrt.

Aus der Literatursammlung dieser Arbeit scheinen mir zwei Beobachtungen von englischen Autoren erwähnenswert: Teabe („Case of remarkable elevation of temperature, to 122° F. after injury to the spine.“ Clinical society of London, Lancet 1875, Vol. 1, pag. 340. Ref. nach Schmidts Jahrbücher Bd. 168, S. 54) berichtet über Temperaturen bis zu 49,9°, die vielleicht auch dem Begriffe des hysterischen Fiebers zuzurechnen sind: bei einem Sturz vom Pferde hatte sich eine junge Dame verschiedene Rippenbrüche, die wieder gut ausheilten, zugezogen. Die anfangs mäßig erhöhte Temperatur ging im Verlaufe von zwei Wochen wieder herab, um nach einigen Wochen auf 38° zu steigen; in den Beinen traten jetzt Zuckungen auf, ohne daß die willkürliche Bewegung gestört war. Man nahm eine subakute Entzündung des Bandapparates, an; erst zwei Monate später stieg die Temperatur auf über 40° und dann nach drei Tagen auf 43,3°; fiel dann plötzlich 2°, um tags darauf auf 46,7° zu steigen und schließlich in der Achselhöhle 49,9° zu erreichen; sieben Tage lang blieb die Temperatur zwischen 45° bis 47° und ist sieben Wochen lang nicht unter 42,2°

gefallen. Die Kranke befand sich während der ganzen Zeit nicht auffallend leidend, der Puls war nie über 120 Schläge in der Minute gestiegen, gewöhnlich betrug er nur 90 bis 100; auch in der Zeit, in der die Patientin ihr Blut wie im Feuer glühend fühlte, waren Stirne, Hände und Füße eisig kalt. Ausdrücklich erwähnt Teabe, daß ein Irrtum in der Messung, die gewöhnlich in der Achselhöhle vorgenommen wurde, ausgeschlossen gewesen sei; es sei mit 7 verschiedenen Thermometern, unter allen Kautelen gegen etwa beabsichtigte Täuschung gemessen worden! Als einzige Erklärung für das sonderbare Verhalten wird der individuelle Charakter der Verletzten herangezogen, da auch die, jedenfalls nicht erhebliche Verletzung des Rückgrates nicht die Ursache für eine so abnorme Temperatur sein könne. Patientin hatte sodann während ihres Krankenlagers mehrmals hysterische Krämpfe, und bald nach der Rückkehr in ihre Heimat trieb ein neuer Anfall die Temperatur der sonst genesenen Patientin auf 43,3° in die Höhe.

Der zweite englische Autor, der ungewöhnlich hohe Temperaturen auf hysterischer Grundlage beobachtete, war Walter Iliffe (Lancet 2, 21. Nov. 1878. Ref. in Schmidts Jahrb. Bd. 198 S. 278): Die nervös beanlagte Patientin war in der Rekonvaleszenz der Masern; plötzlich trat ohne jede Veranlassung eine Temperatursteigerung auf 40° (Puls 120) ein; dabei war die Haut trocken, die Zunge weiß belegt, der Stuhl angehalten. Die Temperaturkurve zeigte im Verlaufe der nächsten Tage ganz unregelmäßige Sprünge von normaler bis zur maximalen Eigenwärme. Das Maximum fiel bald auf den Morgen, bald auf den Nachmittag, bald auf die Abendstunden. Es wurden Temperaturen bis zu 41,7° notiert. Iliffe schließt seinen Bericht mit den Worten „bemerkenswert ist, daß gleichzeitig mit dem raschen Fall der Temperatur auch die belegte Zunge rein wurde. Während des Fiebers war die Patientin unruhig, gab kurze,

abgebrochene Antworten, zupfte an der Bettdecke usw. Nach 10 Tagen hörten diese Fieberbewegungen auf. Die Patientin fühlte sich gesund. Trotz genauen Beobachtungen ließ sich nie ein örtliches Leiden nachweisen.

Für die von Sarbo aufgestellten, schon besprochenen zwei Fiebertypen des anfallsweise auftretenden und des kontinuierlichen Fiebers führt ferner v. Voß in seinem Beitrag zur Lehre vom hysterischen Fieber (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 30, H. 3, S. 166) ein Beispiel an. Die Temperatur stieg in beiden Fällen über 40°, in dem einen schwankte sie sogar verschiedentlich zwischen 35° und 41°. Dabei hielt sich der Puls ziemlich in den gleichen Grenzen von 90—105. Von den gewöhnlichen Begleiterscheinungen des Fiebers fanden sich bei den Patientinnen sehr ergiebige Schweißausbrüche, das Sensorium war bei beiden stets frei, nur bestand bald mehr, bald weniger starkes psychisches Unbehagen und starke Unruhe. Bei der Erörterung, ob theoretisch die Existenz des hysterischen Fiebers sich begründen lasse, nimmt v. Voß an, daß alle Erscheinungen der vasomotorischen Diathese (Fieber, Polyurie, Ödeme, Hautaffektionen) sich am besten und ehesten auf eine Läsion der betreffenden Hirnrindenzentren zurückführen lassen. Strümpell vertritt v. Voß gegenüber (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 30, H. 4, S. 281) seine ablehnende Ansicht. Meist beruhe das Fieber Hysterischer auf Simulation; aber auch theoretische Bedenken — auf die er allerdings nicht näher eingeht — glaube er gegen die Annahme eines hysterischen Fiebers äußern zu müssen. In seiner Erwiderung auf diesen Artikel weist v. Voß (l. c. S. 328) darauf hin, daß neben den im Rektum und in der Achselhöhle gemessenen Temperaturen stets auch die sehr ausgeprägten äußeren Merkmale erhöhter Körpertemperatur (glühend heiße, trockene, intensiv rot ge-

färbte Haut, namentlich am Oberkörper) in dem von ihm angeführten Falle besonders ausgesprochen waren. Der Einwendung Strümpells in Bezug auf theoretische Bedenken über die Entstehung des hysterischen Fiebers hält v. Voß entgegen, daß wohl allgemein nach der Lehre Charcots die Hysterie als eine Psychose anerkannt werde und „da ferner wohl niemand bezweifeln werde, daß Psychosen im Gehirn entstünden, dieses Organ aber nachgewiesenermaßen auf mechanische und chemische Reizung durch Temperatursteigerung reagiere, so könne die Hysterie so gut wie jedes andere Gehirnsymptom Fieber bewirken; auch wenn wir die zugrundeliegenden Störungen mit unseren heutigen Untersuchungsmethoden nicht nachweisen könnten".

Zum Schlusse dieses kurzen Überblickes über einen Teil der ausführlicheren Literatur und Abhandlungen, möchte ich noch einige, meist von deutschen Autoren beschriebene Krankengeschichten aus den verschiedenen Fachzeitschriften bringen.

Kobler berichtet in der Wiener medizinischen Wochenschrift 1900, Nr. 26, S. 1265—1269 über zwei von ihm selbst beobachtete Fälle von hysterischem Fieber. Einleitend glaubt er auch die von Heubner im deutsch. Arch. für Medizin Bd. 64, 1899, S. 33 erwähnten 3 Fälle von „langdauernden Fieberzuständen unklaren Ursprungs" dem Gebiete des hysterischen Fiebers zurechnen zu dürfen. Heubner selbst läßt in dem betreffenden Artikel diese Frage offen, weil er der Ansicht ist, daß dasjenige Fieber, welches als „hysterisches Fieber" bezeichnet wird, „nicht mit wirklichen Temperatursteigerungen einhergehen soll, sondern nur in gewissen, vorwiegend subjektiven, den febrilen ähnlichen Erscheinungen, wie Frösteln, Hitze, heiße Haut, Kopfschmerzen, Gesichtsröte, hohe Pulsfrequenz bestehen soll, wobei aber die Temperatur die Norm nicht verläßt: also dem Symptomenkomplex, den Pinard und

Rosenthal Pseudo-fièvre hystérique nennen". Und da seine Patienten meist remittierendes Fieber hatten, glaubt Heubner ein hysterisches Fieber ausschließen zu können. Im Gegensatz zu ihm schließt sich Kobler mehr der allgemein herrschenden Ansicht an und kommt zu dem Schlusse, daß gerade das regelmäßig, sozusagen typisch kommende und verschwindende Fieber für seine hysterische Natur spreche. Seine Fälle sind kurz folgende: Ein 21jähriger Bäckergehilfe, der wegen Ulcus pedis in Behandlung stand, bekam plötzlich unter Fieber einen Krampfanfall, der sich kurze Zeit später mit allgemeinen Muskelzuckungen beginnend und schließlich in Opisthotonus und Bogenstellung endigend wiederholte. Daneben waren die Augenlider krampfhaft geschlossen, das Bewußtsein zum Teil erhalten; die Atmung setzte oft durch $^1/_2$—$^1/_3$ Minute völlig aus. Dabei ging nun die Temperatur (in der Achselhöhle gemessen) bis auf 42° herauf, während der Puls 72 ruhige Schläge in der Minute zeigte (!). Die Anfälle wiederholten sich in fast gleicher Stärke täglich mit einer Dauer von 3 bis 10 Minuten fast zu derselben Zeit und jeder Anfall war regelmäßig mit einer Temperaturerhöhung von 39,2° bis zu 40,5° verbunden. Die Diagnose Hysterie wurde durch den weiteren Verlauf gesichert; dafür sprach schon die Beobachtung, daß Klysmata mit Aq. dest. und Mucil. gi. arab. dieselbe beruhigende Wirkung hatten, wie Klysmata mit Chloralhydrat. Als man ferner dem Patienten androhte, sofort nach dem Auftreten des Anfalles werde er in eine neben dem Bette stehende Wanne mit eiskaltem Wasser gesteckt, traten nur noch zwei kurze und schwache Anfälle auf, und Patient konnte nach 3 Wochen geheilt entlassen werden. Besonders prägnant tritt hier der zeitliche Zusammenfall von Anfall und Temperatursteigerung hervor, so daß man letztere vielleicht als durch die überaus starken Muskelkontraktionen hervorgerufen annehmen darf.

Von besonderem Interesse ist auch die zweite Beobachtung, weil bei derselben die Hyperthermie eine Teilerscheinung einer hysterischen Pseudoperitonitis war (vgl. hierzu Seite 24, Fall Dippe). Bei einem sonst völlig normalen und gesunden 11jährigen Knaben trat regelmäßig abends, fast immer genau um 6 Uhr unter lautem Aufschreien und heftigster Schmerzhaftigkeit in der Ileocoecalgegend ein Anfall von motorischer Aphasie ein. Der Anfall dauerte 3—4 Stunden und verschwand ebenso plötzlich, wie er aufgetreten war. Gleichzeitig mit den übrigen Symptomen des Anfalles und ebenso unvermittelt stellte sich auch eine Temperatursteigerung ein, welche von der Norm sofort auf 39,8°, einigemal sogar auf 40,5°, ja selbst auf 41° anstieg. Diese Messungen wurden von Ärzten kontrolliert. In fremder Umgebung und Suggestivbehandlung trat eine völlige Heilung ein. An Hand dieser beiden Fälle kommt Kobler zu dem Schluß, daß es unbedingt ein hysterisches Fieber gibt!

Derselben Ansicht sind Heller, Tillmann und Meißen, bei denen wir die höchsten von deutschen Autoren beobachteten Temperaturen von 45° und 45,5° finden.

Heller („Über eine unaufgeklärte fieberhafte Erkrankung unter den höchsten bisher gemessenen Temperaturen". Münchn. med. Wochenschr. 1906, Nr. 23, p. 1114 und 1211) in Straßburg beobachtete eine Temperatursteigerung auf 45° bei einer Privatpatientin, die an Influenza mit leichtem Unwohlsein erkrankt war. Die Temperatur, die morgens noch 37,3° betrug, stieg des Nachmittags ganz plötzlich auf 44°. Eine Täuschung war ausgeschlossen, da die Messungen mit 4 exakt geprüften Thermometern von Heller selbst und 3 weiteren Personen genau kontrolliert wurden. Der übrige Organbefund bei Patientin war ein negativer. Die Haut fühlte sich entsprechend der Temperatur warm an, jedoch keineswegs trocken. Lungen und Herz waren vollkommen

frei, ebenso war das Bewußtsein nicht gestört. Vorübergehend trat im Krankheitsverlauf ein Milztumor und ein hauchendes systolisches Geräusch an der Herzspitze auf; sonst war objektiv nichts nachzuweisen. Die Herztätigkeit war meist verhältnismäßig ruhig. Betrachten wir demgegenüber die höchst eigenartige Fieberkurve, bei der wir tiefe Remissionen, einmal sogar innerhalb weniger Stunden einen Absturz von 45° auf 36,5° finden (vgl. hierzu S. 28)! Die einzelnen Messungen waren: 17. Jan.: 37,3°, 44°; 18. Jan.: 42,2°, 43,2°, 39°; 19. Jan.: 43,2°, 38,7°, 43,6°, 41,5°; 20. Jan.: 43,6°, 42°, 43,6°; 21. Jan.: 39°, 43,6°, 45° (!) Diese hohe Temperatur hielt an von 2 Uhr mittags bis zum 22. Jan. morgens um 6 Uhr; um 8 Uhr war sie auf 42° gefallen; einem abermaligen Anstiege auf 45° folgte ein plötzlicher Absturz auf 36,7° mit abendlicher Steigerung auf 42,3°. 23. Jan. 42,5°, 36,9°, 39,3°; 24. Jan. 36,1°, 36,8°, 40°, 36,7°, von da ab blieb die Temperatur normal und erreichte 37° nicht mehr. Heller veröffentlicht diesen Fall einer unaufgeklärten fieberhaften Erkrankung ohne weitere Kritik; da er aber eine Täuschung in den Messungen für ausgeschlossen hält, glaubt er ihn zu denjenigen des hysterischen Fiebers rechnen zu dürfen.

Ähnliche, wenn auch nicht ganz so hohe Temperaturen beobachtete Tillmann in einem Falle von hysterischem Fieber im Gouvernementslazarett in Tsingtau. (Münchn. med. Wochenschr. 1903, Nr. 15, p. 651.) Patient, der am 15. Januar in das Gouvernementslazarett eintrat, klagte über rheumatische Schmerzen in der linken Brustseite und im Rücken bei sonst negativem Organbefund. Auf Natr. salic. besserten sich die Schmerzen, aber jetzt traten Kopfschmerzen mit einer Temperatursteigerung auf 38,6° ohne nachweisbare Ursache auf. Das Fieber zeigte einen remittierenden langsam ansteigenden Charakter und betrug am 3. März

39,2°. Der Lungenbefund war negativ, die Herzdämpfung war von normaler Größe, über der Mitralis war ein leises, blasendes systolisches Geräusch zu hören. Der Puls betrug 108 und war regelmäßig. Als zu diesen Erscheinungen Durchfall trat, wurde wegen Verdacht auf Typhus die Widalreaktion angestellt, die aber negativ ausfiel. Das Fieber hielt an und erreichte unter heftigsten Kopfschmerzen am 7. Februar um 9 Uhr abends 41°. Jetzt schöpfte man Verdacht auf Malaria, aber die Untersuchung des Blutes war ergebnislos. Am 10. Februar stieg das Fieber um 9 Uhr abends unvermittelt auf 42,5°, dabei war die Atmung beschleunigt (50) stockend, oberflächlich; der Puls war mit 120 Schlägen klein, unregelmäßig. Patient lag scheinbar benommen, wimmernd im Bett. Eine Stunde später war das Fieber unter starkem Schweißausbruch auf 37,4° gefallen. Unter Ausschluß anderer Ursachen nahm man nunmehr eine Erkrankung des Zentralnervensystems an, obwohl keine Herdsymptome und keine sonstigen Erscheinungen für eine solche sprachen. Eine schon in Erwägung gezogene Trepanation unterließ man denn auch, wegen fehlender Indikation. Zwei Tage (11. und 12.) war Patient fieberfrei; am Nachmittage des 12. klagte Patient über Stirnkopfschmerzen; um 9 Uhr abends begann die Temperatur langsam und ohne vorhergehenden Schüttelfrost zu steigen; um 1 Uhr nachts betrug die von Tillmann selbst gemessene Temperatur in der Achselhöhle 44°! Trotz anscheinend tiefer Bewußtlosigkeit öffnete der Kranke auf energischen Anruf die Augen und faßte auf die Frage, ob er Schmerzen habe, unter Wimmern nach seinem Kopf. Die Haut fühlte sich sehr heiß an, das Gesicht war cyanotisch, die Atmung fliegend, der Puls klein und hoch. Vom 10. ab trat das Fieber in ausgesprochener tertianer Weise auf und erreichte jedesmal nachts am 14: 42°, am 16: 43,5° und am 18. den höchsten

während der ganzen Krankheitszeit beobachteten Stand von 45°! Dieses war um 8 Uhr morgens, um 9 Uhr war die Temperatur auf 37,4° gefallen, stieg jedoch noch einmal um 10 Uhr auf 39,7° an, zeigte um 11 Uhr 36° und blieb von da ab normal. Statt dessen traten psychische Veränderungen deutlich hervor; namentlich zeigten sich Zustände von traumhafter Verwirrung, Erinnerung für diese Zustände hatte Patient am folgenden Tage nicht mehr. Bei der objektiven Untersuchung fand sich jetzt ein gering angedeutetes Rombergsches Symptom. Soweit reicht die von Tillmann berichtete Krankengeschichte. Bei den Temperaturmessungen ist, wie Tillmann versichert, jeder Irrtum ausgeschlossen gewesen. Sie wurden mit Maximalthermometern nur durch geschultes Personal ausgeführt, und überdies hat Tillmann selbst verschiedentlich Nachmessungen mit demselben Resultate im Rektum vorgenommen. Eine Täuschung von seiten des Kranken hält Tillmann für ausgeschlossen, da derselbe zu Zeiten der Messungen bei den höchsten Temperaturen bewußtlos dalag. Eine spätere Nachprüfung der drei benutzten Thermometer ergab nochmals ihre absolute Zuverlässigkeit. Nach alledem glaubt Tillmann annehmen zu dürfen, daß es sich zweifellos um ein hysterisches Fieber gehandelt habe: „denn einmal hätte ein auf toxischer Grundlage basierendes Fieber zweifellos letal geendet und dann sicherten auch die in dem zweiten, fieberlosen Teile der Krankheit auftretenden psychischen Erscheinungen die Diagnose Hysterie".

Im Anschluß an diese Veröffentlichung Tillmanns erzählt Unschuld (Münch. med. Wochenschr. 1903, No. 19, S. 847) ein Erlebnis aus der Klinik Bambergers in Würzburg aus dem Jahre 1858/59: Bei einem delirierenden jungen Mädchen, das bewußtlos in die Klinik eingeliefert worden war, bestand bei der ersten klinischen Visite hochgradiges Fieber (41,5°), kurzes oberflächliches

Atmen und etwas aufgetriebener Leib. Bamberger kam differentialdiagnostisch zu dem Resultate, daß es sich entweder um Typhus oder um Miliartuberkulose handle; eine genaue Diagnose könne man erst im Laufe der nächsten Tage stellen. Am nächsten Tage saß das Mädchen lachend und anscheinend ganz gesund mit einer Handarbeit beschäftigt im Bette. Anamnestisch war inzwischen bekannt geworden, daß das Mädchen von einem Tanzvergnügen, auf dem sein Liebhaber es verließ, in größter psychischer Erregung nach Hause laufen wollte, aber auf der Straße niedergestürzt war und dort bewußtlos aufgehoben wurde. Bamberger stellte nunmehr die Diagnose auf Hysterie.

Der von Meissen (Berlin. klin. Wochenschr. 1898, No. 23, S. 511) besprochene Fall ist einmal bemerkenswert durch seine hohen Temperaturen, die von sechs Ärzten in gleicher Weise festgestellt wurden und sodann noch aus folgendem Grunde: anfänglich suchte Patientin die Ärzte zu täuschen, aber nicht etwa durch Angabe zu hoher, sondern wesentlich niedrigerer Temperaturen, als in Wirklichkeit gemessen waren. Daraufhin wurden die Messungen von den Ärzten selbst vorgenommen. Aus der langen Krankengeschichte möchte ich nur die Temperaturen hervorheben: die höchstgemessenen waren 42,3°, 43,5°, 42,7°, 43,5° innerhalb sechs Tagen mit Remissionen auf 37°, 36,8°, 36,5°. Nach der Heimreise der Patientin, die wegen eines ganz geringen Tuberkulose verdächtigen Lungenbefundes in einer Lungenheilanstalt (Hohenhonnef) war, wurden Temperaturen von 44,2°, 44,8°, 45,3° (letzteres war die höchste in der Axilla beobachtete Temperatur) von einem Arzte (dem Gatten der Patientin) persönlich gemessen. Nachdem die Temperatur sich zwei Tage zwischen 37° und 39° bewegt hatte, schnellte sie noch zweimal an zwei aufeinanderfolgenden Tagen auf 44° und 44,4°. Diese Temperaturen wurden in der Axilla gemessen, während eine gleichzeitig

— unter Ausschluß jeglichen Irrtums — im Rectum vorgenommene Messung sogar 45,5° ergab! Noch am selben Tage fiel die Temperatur auf 36,3°, um von da ab dauernd unter 38° zu bleiben. Nach den Aufzeichnungen im Krankenjournal fehlten bei der Patientin während des Kranheitsverlaufes alle die schweren Erscheinungen, die sonst hohes Fieber begleiten; das völlige Darniederliegen der Kräfte, die Beeinflussung des Herzens und Pulses, der meist nahezu normal war; die mit der Höhe des Fiebers zunehmende Störung des Sensoriums usw. Das hervortretende Symptom war Unruhe und Erregtheit, die fast an psychotische Zustände erinnerte. Im übrigen bewahrte das Krankheitsbild stets eine Gutartigkeit, die mit der Höhe des Fiebers in ganz auffallendem Kontrast stand. Patientin bot sonst — auch nach den genauesten Untersuchungen — nur Erscheinungen einer leichten Lungenspitzentuberkulose, für die aber, wie Meissen wohl mit Recht annimmt, nicht die hohen Temperaturen von 45,5° verantwortlich zu machen sind, wenn ja auch bekannterweise kleinere Fiebersteigerungen bei Spitzenaffektionen vorkommen. Auch alle sonstigen Krankheitszustände, die differentialdiagnostisch noch hätten in Betracht kommen können (meningitische Zustände, Hirntumor, Solitärtuberkel, Malaria) glaubt Meissen mit Bestimmtheit ausschließen zu können. Den Anlaß zu der Hyperthermie sucht er vielmehr in heftigen Gemütsbewegungen, denen Patientin ausgesetzt war.

Von Wert ist es nun, daß dieser Fall 10 Jahre später noch einmal zur genauen Beobachtung kam. Die Aufzeichnungen über diese Krankheitsepoche veröffentlicht in der Berliner klinischen Wochenschrift 1908, No. 50, S. 2220 Mörchen unter der Überschrift: „Zur Frage des hysterischen Fiebers“. In allen drei hier beschriebenen Fällen wurden die Temperaturen durchweg ärztlich kontrolliert und so die Möglichkeit einer

willkürlichen Täuschung seitens der Patientinnen ausgeschlossen. Körperlich bot die vor 10 Jahren schon von Meissen beobachtete Patientin auch bei ihrer Aufnahme in Ahrweiler kaum einen krankhaften Befund. Das psychische Krankheitsbild bot in typischster Weise die Erscheinungen einer degenerativen Hysterie mit starkem Vorwiegen der degenerativen Erscheinungen. Objektiv wurde festgestellt, daß Patientin alle paar Tage meist im Gefolge einer stärkeren psychischen Erregung, die manchmal vehemente motorische Formen annahm, Fiebertemperaturen zeigte, für die jede körperliche Grundlage zu fehlen schien, und die keinerlei Störungen des Allgemeinbefindens bedingten. Einige Angaben aus der Temperaturkurve mögen folgen: Am 19. V. abends 8 Uhr 39,5°, am 20. morgens 38,5°, mittags 40,7° und abends 37,5°; Mitternacht dann plötzlich wieder 40,5°. Am 21. Abfall auf 36,3°; am 22. einmal 38,5°, sonst stets wenig über 36°. Am 23. sehen wir einen Anstieg auf 39,5°, dem innerhalb zwei Stunden eine tiefe Remission auf 36,1° folgte. Dann war Patientin einige Tage fieberfrei. Am 31. V. finden wir den höchsten Anstieg auf 46° (!) (kontrolliert) verzeichnet. Am andern Morgen betrug die Temperatur nur noch 36,5°. Noch einmal, am 6. VI., kam es zu einem höheren Anstieg auf 41,3°; von da ab war Patientin dann dauernd fieberfrei. Der Puls kam während des ganzen Verlaufes nie über 95 Schläge in der Minute, meist betrug er selbst bei den höchsten Temperaturen nur etwas über 80; ebenso boten die Gesichtsfarbe und der Atmungstypus keine auffallenden Erscheinungen. Ebenso war keine Veränderung des Urins, auch nicht an den Fiebertagen nachzuweisen. Das Körpergewicht unterlag bei anhaltendem befriedigendem Ernährungszustand keinen bemerkenswerten Schwankungen. Im allgemeinen glich also das Krankheitsbild dem von Meissen beobachteten und auch in den beiden Temperaturkurven, namentlich den

auffallend hohen Remissionen, finden wir ähnliche Punkte. Bei der zweiten Patientin Mörchens fanden sich neben Symptomen der Hysterie (Clavus, Ovarie, Globus, allgemeine Steigerung der Reflexerregbarkeit, typische Krämpfe) Zeichen einer Psychose (Gemisch von Melancholie und Verwirrtheit). In freudiger Erregung stieg die Temperatur unter lebhaften Kopfschmerzen auf 39,1°, am folgenden Tage bestand schon kein Fieber mehr. Ein paar Tage später wurde aus einem ähnlichen Anlaß (aufregender Besuch) 39,3° gemessen. Die darauf folgende Nacht verlief sehr unruhig, Patientin erbrach auch einige Male. Die Temperatur, die mittags 42° betrug, sank abends auf 36,4°. Die Messungen wurden genau kontrolliert und mehrfach wiederholt. Bei gleichzeitiger Messung im Rectum und in der Achselhöhle wurden im ersteren einmal $^7/_{10}$° weniger gefunden. Der Puls war im ganzen unverändert, er stieg nie über 120. Auch bei der höchsten Temperatur bestand absolutes subjektives Wohlbefinden, fast Euphorie. Acht Tage lang hielt sich die Temperatur in regelloser Weise um 38° herum. Im weiteren Verlaufe wurden abendliche Temperaturen von 39°, 39,6°, 40° (Puls dabei 80, aber deutlicher Schüttelfrost) beobachtet. Diese letzte hohe Temperatur fiel nach einem halbstündigem kalten Bade auf 36,5°. Nach einer fieberfreien Periode von zehn Tagen wurde noch ein Anstieg auf 39,3° (ohne irgendwelche Nebenerscheinungen) beobachtet, dann blieb die Temperatur anhaltend normal.

Auch im dritten Falle handelte es sich um eine schwer Hysterische, welche sich im Zustande der partiellen Anaesthesie und Analgesie schon verschiedentlich Nadeln unter die Haut gebracht hatte. Am 26. XI. klagte Patientin über Schmerzen im rechten Oberschenkel, die betreffende Stelle erschien heiß und leicht geschwollen; zudem bestand leichtes Fieber. Die in den nächsten Tagen auf über 38° steigende Temperatur legte die

Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer beginnenden Osteomyelitis nahe. Nachdem in der Nacht vom 27. auf 28. 41,8° Fieber bestanden hatte, wurde die Kranke nach Bonn in die Klinik überführt. Auffallend erschien bei der Höhe des Fiebers, daß das Allgemeinbefinden verhältnismäßig sehr wenig gestört war, der Puls kaum frequenter erschien und Patientin sehr wortreiche Klagen über ihre furchtbaren Schmerzen im rechten Oberschenkel führte. Auf dem Transport wurde noch vom Arzt selbst eine Temperatur von 38,9° gemessen, bei der Ankunft im Krankenhause dagegen nur 37,6°. Der nunmehr auftauchende Verdacht, daß es sich nur um ein nervöses Fieber gehandelt haben könne, wurde für Mörchen zur Gewißheit, als die Patientin nun fieberfrei blieb und eine Röntgenuntersuchung das Vorhandensein zweier Nadeln im rechten Oberschenkel ergab, die operativ entfernt wurden. Die vorher bestehende Schwellung und Hitze waren sofort verschwunden; Mörchen möchte sie auch als vorwiegend vasomotorisch nervös bedingt angesehen wissen. Epikritisch führt Mörchen als unterscheidende Merkmale gegenüber einem Organfieber folgende an, die sich im allgemeinen mit denen von Sarbo und anderen decken: regelloser Fiebertypus; das Entstehen und Verschwinden des Fiebers auf Grund seelisch-nervöser Vorgänge; die meist ganz geringe oder gar nicht vorhandene Störung des Allgemeinbefindens selbst bei exorbitantesten Fiebergraden; das kaum veränderte Verhalten des Pulses, der Ernährung und der Atmung. Die Wahrscheinlichkeit, daß es sich in den erwähnten Fällen um nervös, am wahrscheinlichsten um vasomotorisch bedingte Temperatursteigerungen gehandelt habe, erhelle schon daraus, daß sie Individuen mit meist sehr ausgesprochener vasomotorischer Neurose, in erster Linie mit Hysterie beträfen.

In neuerer Zeit berichtet sodann noch Schwab („Ein Beitrag zum hysterischen Fieber“, Monatsschrift

für Geburtshilfe und Gynäkol., Bd. 28, 1908, S. 454) über einen von ihm selbst beobachteten Fall von hysterischem Fieber, den er seiner Diagnose nach wegen der begleitenden Umstände für zweifelhaft hält. Patientin, die wegen schmerzhaften aufgetriebenen Leibes und Darmstörungen verschiedene Ärzte konsultierte, wurde unter Verdacht auf chronische Blinddarmentzündung mit völlig negativem Befunde operiert. Die Beschwerden besserten sich nach der Operation nicht, dagegen stellte sich eine fast wochenlange Obstipation ein. Im Stuhl traten Blut und Schleim auf, letztere Beimengungen wurden allmählich durch weiße rahmartige Schleimkonvolute ersetzt, die Patientin unter Stuhldrang ohne Faeces entleerte. Es handelte sich nach Schwab um eine Kolika mucosa auf hysterischer Basis. In der klinischen Behandlung zeigte Patientin Fieber von 38,6° und unter großen subjektiven Schmerzen entwickelte sich das Bild eines Ileus. Schon war eine zweite Laparotomie vorbereitet, als Patientin am folgenden Tage fieberfrei war und Besserung fühlte; der Puls, der auf 140 gestiegen war, ging wieder und zwar dauernd unter 100. Die Ileus-Symptome verschwanden, ohne daß Stuhl eingetreten war. Die Kolika mucosa war ebenfalls verschwunden, dagegen bekam Patientin wiederholt akut umschriebenes Oedem, besonders an den Vorderarmen, das im Laufe von 24 Stunden wieder verschwand: es entwickelte sich das Krankheitsbild der Hysterie immer deutlicher. Eine Simulation des Fiebers, das nur zweimal 39° erreichte, aber sonst sich immer zwischen 38° und 39° bewegte, konnte trotz gespanntester Aufmerksamkeit des Pflegpersonals und des Arztes nicht nachgewiesen werden. Patientin wurde mit 38,4° aus der Klinik entlassen und stellte sich am übernächsten Tage fieberfrei vor; von da an blieb sie gesund. Die gemessenen Temperaturen, die ihres geringen Schwankens wegen interessieren, waren folgende: morgens 36,9°, 36,9°, 38,6°,

37°, 38°, 38°, 38,4°, 36,6°, 37,7°, 38,6°, 37,7°, 38°, 38,2°, 38,7°, 38,6°, 38,2°, 38,3°, 38,4°, 38,9°, 38,6°, 38,5°, 38°; abends 37,3°, 37,1°, 37,3°, 38,5°, 37,8°, 37,8°, 38,8°, 38,1°, 37,1°, 38,2°, 38,7°, 38,3°, 38,7°, 38,9°, 38,8°, 38,9°, 38,6°, 38,5°, 38,8°, 39,1°, 39°, 38,7°, 38,4°. Für die hysterische Grundlage dieses Fiebers führt Schwab die Kolika mucosa, das akute umschriebene Handödem, die außerordentliche Druckempfindlichkeit der Bauchdecken, den Erfolg der Therapie und vor allem aus der Anamnese die fieberhafte hysterische Pseudo-Appendicitis an, die zur Operation der Patientin geführt hatte.

Daß neben Hyperthermien auch einmal in Verbindung damit Hypothermien beobachtet werden können, hebt Jakowenko in dem von ihm beobachteten Falle hervor. Hohe Temperaturen von 41° waren, namentlich beim komatösen Zustande des Anfalles resp. beim komatösen Stadium nach dem Anfall, fast regelmäßig von Hypothermien gefolgt; im übrigen war das Fieber nicht typisch, sondern trug bald den Charakter eines febris intermittens, bald eines febris continua; auch in diesem Falle fehlten sämtliche subjektive Fiebererscheinungen und Empfindungen; auch hier fand sich charakteristischer Weise bei der Patientin eine Zunahme des Körpergewichts.

Ein wie mannigfaches Bild das hysterische Fieber in seinem Verlaufe bieten kann, hat uns der Überblick über einen Teil der Literatur gezeigt, aber auch wie umstritten dieses Gebiet noch ist. Und ähnlich verhält es sich mit dem andern Symptome, das die Hysterie auch in dem am hiesigen Diakonissenhause beobachteten Falle bot, mit der Anurie und Ischurie. Auch hierüber finden wir in den Lehrbüchern nur kurze Bemerkungen. Z. B. schreibt Strümpell: „Anomalieen der Sekretions- und Excretionsorgane sind ebenfalls bei der Hysterie beobachtet worden . . . . . Sehr merkwürdig sind einige Beobachtungen über Ischurie, bei welcher tagelang nur

ganz geringe Mengen Harn entleert wurden, und auch die Blase stets nur wenige Tropfen Urin enthält. In einem derartigen, von Charcot beobachteten Falle bestand gleichzeitig heftiges Erbrechen und in dem Erbrochenen konnten angeblich ziemlich reichliche Mengen von Harnstoff nachgewiesen werden. („Vikariierende" Ausscheidung desselben.) Derartige übrigens ganz vereinzelte Beobachtungen entziehen sich einstweilen noch einer näheren Erklärung. Der Verdacht der Täuschung scheint uns aber nicht ganz ausgeschlossen zu sein!"

Nach Binswanger soll die Anurie durch einen Krampf der Nierengefäße verursacht und immer mit einem gehäuften Erbrechen und profuser Sekretion eines harnstoffhaltigen Schweißes verbunden sein. Pitres vertritt die Ansicht (Leçons cliniques sur l'hystérie, Paris 1891), daß bei Hysterischen wochenlang Anurie bestehen kann, ohne daß die allgemeine Gesundheit ernstlich verändert, ohne daß die Existenz bedroht würde. Da nun nach allen bisherigen klinischen Beobachtungen eine totale Anurie schon nach mehrtägigem Bestehen zum letalen Ausgang führt, glaubt Binswanger nicht, daß eine Ausschaltung der Nierentätigkeit bei Hysterischen allen physio-pathologischen Gesetzen des Stoffwechsels zum Hohne tagelang ohne Schaden bestehen kann, ausgenommen, daß durch eine kompensatorische Steigerung der Schweißsekretion oder durch Harnstofferbrechen die Nierenfunktionen völlig ersetzt werden. Hierfür führt er einen Fall von Charcot und Fernet an, in dem täglich eine Harnstoffmenge von 2—3 g durch Erbrechen entleert wurde, und in dem die Quantität des Harnstoffes im Erbrochenen zunahm, wenn die Urinsekretion fiel. (Fernet, de l'oligurie et de l'anurie hystériques et des vomissements, qui les accompagnent. Union médicale 1873, Avril, p. 566.) Sodann kommt er auf den Fall von Guisy (Progr. méd. 1898) zu sprechen: bei einer 39jährigen Hysterica trat nach einer Gemütsbewegung

Anurie ein, die 12 Tage anhielt. Während dieser Zeit bestand fast kontinuierliches Erbrechen und Ausscheidung einer gelblichen nach Urin riechenden Füssigkeit durch Nase, Augen(?), Ohren und Vagina. Die Untersuchung ergab einen Gehalt von reinem Harnstoff: 3,64 g pro Liter. Binswanger nimmt wohl mit Recht an, daß hier eher „ein Irrtum in der Beobachtung, als eine Umkehr der natürlichen physiologischen Gesetze vorliegt“; und zwar nicht nur in diesem Falle, sondern in allen Fällen hysterischer Anurie, in denen eine urämische Intoxication nicht eintrete. Aber nicht nur bei Pitres, sondern auch in der übrigen Literatur finden wir gerade dieses Fehlen urämischer Symptome als charakteristisch für die hysterische Anurie angegeben. Nun aber jeden Fall von hysterischer Anurie abzulehnen, geht wohl zu weit; denn andererseits ist sie von hervorragenden Forschern wie Charcot und Leube festgestellt worden. Salkowsky und Leube erklären sie in ihrer Lehre vom Harn folgendermaßen: „Die Hysterie durch die perverse Reaktion des Nervensystems ausgezeichnet, hat insofern Veränderungen des Urins zur Folge, als die unter dem Einfluß der Nerven stehenden Wassersekretionsverhältnisse bedeutend geschädigt werden können. Bekannt ist vor allem die Anfällen gewöhnlich folgende Polyurie; weniger häufig ist die Oligurie, welche sich bis zur Anurie steigern kann.“ Zu einer etwas anderen Erklärung kommt Peyer (Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge 1889, No. 341), der die Anurie und Oligurie durch verminderte Blutgeschwindigkeit und abnehmenden Blutdruck in den Knäuelgefäßen infolge Splanchnicusreizung hervorgerufen annimmt; zuweilen komme sie auch bei Hysterie und Neurasthenie vor. Der Sitz der hysterischen Anurie soll in der medulla oblongata sein, wo durch funktionelle Reizung Krampf der Nierengefäße erzeugt wird, wahrscheinlich also ohne Reizung des Splanchnicus.

Vogel (Berliner klin. Woch. 1907, No. 39) hält zwar die hysterische Anurie für festgestellt, aber gleichzeitig stelle sie eine Seltenheit ersten Ranges dar; er empfiehlt deshalb in der Diagnose größte Vorsicht und Reserve; jede andere Ursache müsse mit Sicherheit für den Stillstand der Nierentätigkeit ausgeschlossen werden können, erst dann bestehe die Diagnose zu Recht, daß es sich um eine hysterische Anurie handle. Die Entstehung sei bei dieser Anomalie ebenso wie bei vielen anderen bei der Hysterie auftretenden Erscheinungen, noch in Dunkel gehüllt. Er sagt darüber: „Man führt sie zurück auf Störungen der vasomotorischen und sekretorischen Nerven; auch spastische Kontrakturen der Uretermuskulatur sollen mit im Spiele sein.“

Wie vorsichtig allerdings die hysterische Anurie beurteilt sein will, zeigen zwei Fälle, welche in der medizinischen Klinik zu Jena beobachtet und von W. Meyer (Über Anurie und Pseudoanurie bei Hysterie, Jena 1895) beschrieben wurden. Als man nämlich die Kranken isolierte und genauer beobachtete, erwiesen sich die beiden Fälle auf Simulation beruhend. Unbemerkt wußten die Kranken tagelang den gelassenen Urin zu entfernen, indem sie ihn einfach aus dem Fenster schütteten.

Schon früher einmal, im Anfange des 19. Jahrhunderts wurde der Glaube an die hysterische Anurie sehr erschüttert durch den berühmt gewordenen Fall von Nysten, über den Hock (Prager med. Wochenschr. Bd. 32, 1907, No. 6, S. 65 u. 79) unter anderem berichtet. Es handelte sich dabei um eine Patientin, welche 15 Monate lang auf einer französischen Klinik beobachtet wurde, und die zeitweilig gar keinen, zeitweise nur wenig Harn entleerte. Der Fall wurde sehr genau beobachtet, genaue Bestimmungen der chemischen Zusammensetzung des Erbrochenen vorgenommen und der Krankheitsfall von Nysten ausführlich beschrieben.

Kurz nach der Veröffentlichung gelang es durch Anlegung der Zwangsjacke bei der Patientin sämtliche Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen. In einer zweiten Veröffentlichung erklärte Nysten, daß er das Opfer eines Betruges geworden sei. Von dieser Zeit an wurde das Vorkommen der hysterischen Anurie mißachtet, erst Charcot trat auf Grund von Fällen, die jahrelang auf seiner Klinik beobachtet wurden, wieder aufs entschiedenste dafür ein. Einen sehr ausführlichen Bericht über die hysterische Anurie und Ischurie findet sich in seinen klinischen Vorträgen über Krankheiten des Nervensystems. (9. Vorlesung: „Über Ischurie." Übersetzt von Dr. Bertold Fetzer.) Charcot führt hier aus: „Die Oligurie oder selbst die vollständige Suppression des Harns kann bei den Hysterischen nur ein vorübergehendes Symptom sein, aber auch zum permanenten Symptom werden, und man hat sogar während einer Reihe von Tagen vollständige Harnsuppression (Anurie) beobachtet; in diesem Falle schließt sich an die Suppression Erbrechen an, das sich, solange die Ischurie anhält, Tag für Tag und selbst mehrmals am Tage wiederholt und manchmal angeblich das Aussehen und den Geruch von Urin hat." Auch Charcot teilt mit, daß die chemische Analyse in den erbrochenen Massen bisweilen die Anwesenheit einer gewissen Quantität Harnstoff ergeben habe. Für die Möglichkeit einer vikariierenden Harnstoffausscheidung im Organismus sprächen ja schon die Tierversuche von Claude Bernard und Barreswil, die nach Exstirpation der Nieren Harnstoff im Blute nachweisen konnten. Später nachdem reichliches Erbrechen eingetreten war, konnte dieser Befund nicht mehr erhoben werden. Die beiden Autoren erklären diese Erscheinung durch supplementäre Ausscheidung des Harnstoffs in den Darmkanal. Aus den geschichtlichen Bemerkungen, die Charcot bringt, dürfte es interessant sein, zu erfahren, daß einige Fälle von

hysterischer Ischurie schon im 15. und 16. Jahrhundert (von dem Arzte Marcellus Donatus) beschrieben wurden. Im übrigen war auch Charcot wie die bisherigen Autoren nicht überzeugt von dem Bestehen einer echten hysterischen Ischurie, bis er bei Erwägung der Fälle, die er selbst in seiner Klinik beobachten konnte, seine Ansicht änderte. Einen der markantesten Fälle möchte ich im Auszuge mitteilen: Bei der betreffenden Patientin lag eine schwere Hysterie (Kontraktur der linken Ober- und Unterextremität, die sich plötzlich nach einem Anfall entwickelt hatte, Hemianästhesie, Hemiopie, Ovarie, Urinretention, Auftreibung des Bauches) vor; sie war überdies ganz spezifischen Anfällen unterworfen, die sich kontinuierlich von Zeit zu Zeit wiederholten. Eine Simulation hielt Charcot in dem schweren Zustande, den Patientin bot, und bei der Überwachung durch zwei „treu ergebene“ Wärterinnen für ausgeschlossen. Die Ischurie begann ziemlich plötzlich; erst später gesellte sich auch Erbrechen hinzu. Die Urinmenge schwankte in den ersten 14 Tagen zwischen 0 und 5 g (tägliches Mittel 2,5 g). Das Erbrochene zwischen 500 ccm bis 1¾ Liter (das tägliche Mittel betrug 1 Liter); jeden dritten Tag bestand völlige Anurie. Im folgenden Monate betrug das Urinmittel 3 g, das des Erbrochenen 1 Liter in 24 Stunden; auch jetzt kam es wiederholt zu mehrtägiger vollständiger Anurie. Im ganzen Verlaufe stieg die Kurve des Erbrochenen im allgemeinen dann an, wenn die des Urin sank, und umgekehrt. Im Allgemeinbefinden der Patientin zeigten sich während der ganzen Zeit keine Störungen. Im Erbrochenen waren an zwei Tagen geringe Massen von Harnstoff chemisch nachweisbar. Nachdem das Krankeitsbild 2½ Monate fast gleichmäßig so angedauert hatte, erreichte die Urinmenge nach einer zwecks eines Aderlasses vorgenommenen Chloroformnarkose allmählich wieder das normale Maß. Nach einem halben Jahre trat bei Patientin, dieses Mal

für anderthalb Monate Oligurie (die Mittel betrugen 300 und 100 g pro Tag) und Erbrechen (500 und 800 g Tagesmittel) auf.

In Würdigung dieser Krankengeschichte glaubt Charcot die Existenz der hysterischen Ischurie als ein „konstatiertes pathologisches Phänomen, das nichts mit Simulation zu schaffen hat", gelten lassen zu müssen. Daß der Unterschied zwischen der gewöhnlichen Anurie mit den Folgen der Urämie und des urämischen Komas eventl. sogar des baldigen Todes, und der hysterischen Anurie mit vollkommen intaktem Gesundheitszustand ein so großer ist, sucht Charcot nach verschiedenen Richtungen hin zu ergründen. Er meint bei der langsam eintretenden hysterischen Ischurie könne es sich eventl. um eine Akkomodation, eine besondere Immunität gegenüber der urämischen Intoxikation handeln. Im übrigen würden nur so geringe Mengen von Harnstoff ausgeschieden (im angeführten Falle etwa 5 gr pro die), daß diese Verminderung der Harnstoffmenge selbst und damit auch der sogenannten Extraktivstoffe wohl zum Fehlen aller Symptome einer urämischen Intoxikation hinreiche. So kommt Charcot zu der Annahme, daß während der ganzen Dauer der Ischurie „eine Verlangsamung des Assimilationsprozesses besteht, welche sich durch ein absolutes Sinken der exkrementellen Stoffe kundgibt".

Die Frage, wo das Hindernis bei der hysterischen Ischurie seinen Sitz hat, läßt Charcot unbeantwortet. Nach Gilles de la Tourette (Traité de l'hystérie) muß man in dieser Frage unterscheiden: eine transitorische komplette oder inkomplette Anurie, welche häufig unbemerkt bleibt und eine permanente Anurie mit vikariierenden Erscheinungen wie Erbrechen, Schweiße, Diarrhoe, Speichelfluß. Letztere Gruppe von Anurie wird wohl öfter beobachtet, und die meisten in der Literatur beschriebenen Fälle von hysterischer Anurie

sind ihr zuzurechnen. Im allgemeinen sind die Fälle von hysterischer Anurie in der Literatur ziemlich spärlich; einige von den wenigen, die ich gefunden habe, möchte ich in kurzem Auszuge hier mitteilen: In dem schon bei dem hysterischen Fieber erwähnten Falle von Goldflam (vgl. Seite 25) trat einmal für 24 Stunden bei leerer Blase Anurie ein. Die Urinabsonderung war überhaupt während der ganzen Beobachtungszeit gering und erfolgte oft nur einmal in 24 Stunden. Einen weiteren Fall von hysterischer Anurie in Verbindung mit hysterischem Fieber — also dem Symptomkomplex, wie er auch bei dem hier im Diakonissenhause beobachteten Falle vorlag — erwähnt Vizioli (Hypertermia et hypotermia in un caso di isterismo con annotazione sulla nutrizione delle isterische. Annali di Nevrologia 1891, fasc. 5. u. 6. Refer. i. Zentralblatt f. Nervenheilkunde 1892, S. 501.) Die Körpertemperatur erreichte in dem beschriebenen Falle mehrmals 41° bei gutem Allgemeinbefinden; einmal sogar nach einem 9stündigen Anfall von Lethargie betrug sie 43,5°; diese Temperaturen wurden durch Kontrollmessungen (mit anderen Thermometern) bestätigt. Gegen das Ende der vierten Krankheitswoche trat eine 7tägige komplette Anurie und unstillbares Erbrechen ein, welches stets mit der noch 5—6 mal sich wiederholenden Anurie zusammenfiel. Puls und Respiration waren auch bei den höchsten Temperaturen normal. Während der 3 Monate, in denen die Hyperthermie bestand, magerte die Kranke trotz des Erbrechens und der spärlichen Ernährung kaum ab. Sie genas plötzlich infolge einer religiösen Autosuggestion an einem Kirchenfeiertage. Die tiefste gemessene Temperatur hatte in diesem Falle 34,5° betragen.

Ebenfalls ein Vorkommen von hysterischer Anurie in Verbindung mit hysterischem Fieber finden wir von Estèves (Buenos-Ayres) berichtet (Fièvre hystérique,

Nouv. iconographie de la Salp. 1, 1892, Ref. im Zentralblatt f. Nervenheilk. u. Psychiatrie 1892, n. F. 3): Ein junges hysterisches Mädchen aus belasteter Familie hatte zu wiederholten Malen ziemlich hohes Fieber gehabt, ohne daß sich irgend eine genügende körperliche Ursache hierfür nachweisen ließ. Zum ersten Male hatte sie während anderthalb Monat im Anschlusse an eine leichte rasch vorübergehende Angina Temperatursteigerungen zwischen 39° und 41,2°. Zu gleicher Zeit hatte sie kontinuierliches Erbrechen. Nach 3 Jahren hatte sie eine neue Fieberperiode, die von hartnäckiger Stuhlverstopfung begleitet war. Während dieser Fieberperiode bestand 3 Tage komplette Anurie, die später einer nur langsam sich steigernden Urinsekretion Platz machte. Anderthalb Monat später trat unter heftigen Gelenkschmerzen ohne irgendwelche objektiven Erscheinungen eine neue Fieberperiode von 20 Tagen ein; in der Zwischenzeit war Patientin einmal 3 Tage fieberfrei. Während der verschiedenen Fieberperioden hatten Antipyretica wie Chinin, Antipyrin, salizylsaures Natron keinerlei Effekt, während lauwarme Bäder oft recht gut wirkten. Die Fieberperiode rief auch hier in keiner Weise alle die organischen Störungen hervor, welche sonst bei irgendwelchen anderen Fieberarten sich einstellen.

Durch die ungewöhnlich lange Dauer von 17 tägiger Anurie ist der von Holst (Zentralblatt f. Nervenheilk. u. Psychiatrie 1892, n. F. III, S. 45—48) beschriebene Fall von Anuria hysterica ausgezeichnet. Das Wunderbare an dem Fall ist, daß auch hier trotz eines so gewaltigen Eingriffes in den Stoffwechsel keine Spur von irgendwelchen bedrohlichen Folgeerscheinungen zu beobachten war. Es handelte sich um ein junges Mädchen von 16½ Jahren, das früher ganz gesund, infolge geistiger und körperlicher Anstrengung in der Schule an Chlorose erkrankte, die sich allmählich mit Harnbeschwerden und

Oligurie paarte. Dann hörte die Urinsekretion plötzlich ganz auf; auch perkutorisch war keine Füllung der Blase nachzuweisen. Patientin stand unter strengster Kontrolle, so daß Holst eine Simulation für ausgeschlossen hält. Erbrechen, welches Charcot in seinen Fällen immer vorfand, hatte bei Patientin nie bestanden. Die wesentlichste Klage der Patientin bestand in Rückenschmerzen während der Nacht, welche jedoch bei hypnotischer Behandlung verschwanden. Durch Suggestion wurde sodann auch erreicht, daß Patientin am 17. Tage nach eingetretener Anurie wieder Urin ließ; zuerst zwar nur wenig, dann aber nach weiteren acht Tagen, als auch vermittelst eines psychischen Eindrucks durch Kauterisation zweier ganz oberflächlichen Punkte am Rücken die Suggestion verstärkt wurde, stellten sich völlig normale Verhältnisse wieder ein. Zur Erklärung für das Ausbleiben aller bedrohlichen Folgeerscheinungen glaubt Holst die Annahme einer bedeutenden Herabsetzung des Stoffwechsels überhaupt machen zu müssen.

Zum Schlusse möchte ich nur noch kurz erwähnen, daß auf dem 1. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Urologie in Wien im Jahre 1907 Kaspar-Berlin einige Fälle von hysterischer Anurie mitteilte und für das Vorkommen einer solchen eintrat; denselben Standpunkt vertraten ebenda Hock-Prag, der 3 Fälle von hysterischer Oligurie und Kümmel-Hamburg, der einen durch eine Scheinoperation geheilten Fall mitteilte.

Nach dieser Besprechung der einschlägigen Literatur möchte ich nun über den am hiesigen Diakonissenhause — wenn auch aus äußeren Gründen (Patientin trat sehr bald wieder aus) nicht erschöpfend — beobachteten Fall von hysterischem Fieber und hysterischer Anurie, wohl auch hysterischem Blutbrechen berichten.

Anamnese: Maria R., 21jährig, ledig. Beide Eltern leben und sind gesund. Patientin selbst war bis

zum 15. Lebensjahre immer gesund. Die ersten Menses bekam Patientin mit 12 Jahren, der Verlauf derselben gestaltete sich vom April 1908 ab — 10 Monate vor der jetzigen Erkrankung — unregelmäßig. Im 15. Lebensjahre litt Patientin an Bleichsucht, deren Beschwerden sich im folgenden Jahre für längere Zeit (etwa 6 Monate) besserten. Sodann traten bis zum 18. Jahre beiderseits Schmerzen in den seitlichen Partieen des Leibes auf; gleichzeitig bestand Fluor albus. Nach einem zweimal vorgenommenen Curettement besserten sich die Schmerzen und Patientin blieb ein Jahr lang beschwerdefrei. Mit 21 Jahren war sie sodann wieder in ärztlicher Behandlung, da sie, wie sie angab, nicht Wasserlassen konnte; sie mußte katheterisiert werden und bekam für längere Zeit Ausspülungen verordnet. Dann besserte sich wieder ihr Zustand, bis ein Jahr vor der Aufnahme (April 1908), zur Zeit der Periode, ohne jede Veranlassung eine Schwellung des Gesichtes sich ausbildete; im Oktober desselben Jahres schwollen ganz plötzlich beiderseits auf 2—3 Tage die Hände an, (während dieses Mal bei der Aufnahme nur die eine Hand geschwollen ist). Seit Dezember stellten sich hierzu Schmerzen in der Blinddarmgegend ein, die von hohem Fieber, das 44° erreicht haben soll (?), begleitet waren; vor 14 Tagen betrug das Fieber zum letzten Male 38° und 39°. Vor 3 Wochen will Patientin 13 Tage lang gar keinen Urin gehabt haben; die Menses sind schon längere Zeit ausgeblieben. Bei der Aufnahme klagt Patientin über Schmerzen in der Magen-, Nieren- und Blinddarmgegend.

Status präsens: Patientin ist von grazilem Körperbau, sie befindet sich in reduziertem Ernährungszustand. Die Pupillen reagieren beiderseits auf Lichteinfall. Die Zunge ist belegt, trocken. Die Herzdämpfung reicht von der Mitte des Sternums bis zur linken Mamillarlinie, vom untern Rande der 3. bis zur 5. Rippe.

Die Herzaktion ist regelmäßig; die Töne sind leise, rein; der 2. Pulmonalton ist etwas klappend. Die untere Lungengrenze liegt rechts vorn im Bereiche der 6. Rippe: hinten ist sie beiderseits in der Höhe des 11. Brustwirbels perkutierbar. Über der ganzen Lunge findet man normalen sonoren Lungenschall; die Auskultation ergibt überall reines Vesiculäratmen. Der Thorax erscheint lang und schmal, die Interkostalräume sind ziemlich weit. Die Leber überragt in der Parasternallinie den Rippenbogen um zwei Querfinger. Die rechte Nierengegend ist sehr druckempfindlich, ebenso das Epigastrium. Bei Druck in der Gegend des rechten Ovariums ist das Symptom der Ovarie leicht auszulösen; eine spontane Schmerzempfindlichkeit besteht an dieser Stelle nicht. Das Abdomen ist sehr eingefallen, die Bauchmuskeln sind gespannt. Im Epigastrium sieht man die Pulsation der Aorta. Die Milz erscheint weder bei Perkussion noch bei Palpation vergrößert. Die Bauchreflexe, Patellarreflexe und Achillessehnenreflexe sind in normaler Weise und Stärke vorhanden. Das linke Bein ist gegenüber dem rechten etwas atrophisch: der Umfang beträgt links 33, rechts 34 cm. An den beiden Unterschenkeln ergibt die Messung keine Unterschiede. Die Sensibilität auf Berührung ist überall gleich gut; stumpf und spitz wird richtig unterschieden. Der Rücken der linken Hand ist stark ödematös geschwollen und schmerzt.

Verlauf:

28. Februar 1909. Patientin behauptet, viel Blut erbrochen zu haben; ebenfalls soll im Stuhl reichlich Blut gewesen sein. Eine vorgenommene Urinuntersuchung auf Zucker und Eiweiß ergibt einen negativen Befund. Die Temperatur beträgt bei der Aufnahme 37°. Um 12 Uhr mittags werden im Rektum 38° gemessen. Dann schwanken die Temperaturen an den beiden folgenden Tagen (1. u. 2. März) zwischen 36° und 37,4°

(vgl. die beigeheft. Kurve)*. Der Puls ist fast immer gleichmäßig auf 100. Die vorgenommene Pirquet-Reaktion zeigt inzwischen ein positives Ergebnis, dagegen ist die Ophthalmo-Reaktion negativ ausgefallen.

3. März 1909. Das Ödem am rechten Handrücken ist verschwunden; Patientin behauptet, seit 4 Tagen kein Wasser mehr gelassen zu haben und klagt über starke Schmerzen in der Nierengegend. Die Blase ist perkutorisch nicht nachweisbar, die Blasengegend auf Druck nicht empfindlich. Zum ersten Male stellt sich an diesem Tage leichtes Erbrechen ein. Die Tageskurve der Temperaturen ist ziemlich schwankend: 36,4°, 37,3° (um 12 Uhr), 39,1° (um 4 Uhr; dabei Puls 88), abends um 8 Uhr wieder 37,7°.

4. März 1909. Patientin erhält zwecks Vornahme einer Röntgenaufnahme um 12 Uhr einen Teller Suppe mit Wismut. Die Aufnahme ergibt eine hochgradige Magensenkung; überdies zeigt sich der Magen sehr lang gestreckt. Um 5½ Uhr ist der Wismutbrei verschwunden, im kleinen Becken sieht man verschiedene mit Wismut gefüllte Darmschlingen. Mit dem Katheter werden 300 ccm eines leicht dunklen, sonst aber klaren Urins entleert. Stuhlgang will die Patientin angeblich 14 Tage lang nicht mehr gehabt haben. Die Temperaturen betragen 37,3° (8 Uhr), 37,2° (4 Uhr).

5. März 1909. Patientin erhält zur genaueren Magenuntersuchung ein Probefrühstück nach Ewald. Bei der Entnahme desselben muß der Magenschlauch sehr tief eingeführt werden: es wird Magensaft durchsetzt mit kaffeesatzartigen Massen entleert. Am Schlauche selbst findet sich blutiger Schleim. Die chemische Untersuchung des Mageninhaltes ergibt das Fehlen freier Salzsäure; gebundene Salzsäure = 14, Salze = 8; die Gesamtacidität beträgt 22. Kurze Zeit nach der Sondierung erbricht Patientin ungefähr 200 ccm hellrotes Blut

* R = rectale; A = axillare Messung.

unter sehr starken Magenschmerzen, die sehr lange anhalten. Um 1 Uhr mittags werden mit dem Katheter 170 ccm klarer Urin entleert. Nach einer Injektion von 4 ccm einer 10 % Indigokarminlösung werden nach 4 Stunden um 5 Uhr nachmittags mit dem Katheter ungefähr 80 ccm eines tief blaugefärbten Urins entleert. Darauf wird zur Kontrolle ein Stärkeverband (spica perinei über eine Badehose) bei der Patientin angelegt, um sie — durch Blaufärbung oder Lockerung des Verbandes — einer eventl. Vortäuschung der Anurie überführen zu können. Gegen Abend erbricht Patientin noch etwas schwarzes Blut. Die Schmerzen dauern immer noch an. Temperatur: 37,4°, 36,9° C.

6. März 1909. Patientin nimmt nur sehr wenig zu sich (nur etwas Wasser). Der Verband ist noch unversehrt und zeigt keine Spur von Blaufärbung; ebenso ist kein Stuhl entleert worden. Da Patientin sehr matt ist, erhält sie im Laufe des Tages 3 Nährklistiere von je 150 gr; die auch in den folgenden Tagen (bis zum 17. März) verabreicht werden. Während am 6. März die Temperatur morgens mit 37,3° noch normal war, wird nachmittags um 4 Uhr in der Achselhöhle 40,6° gemessen, der Puls beträgt 104. Abends um 8 Uhr ist die Temperatur wieder auf 37,9° (rektal gemessen) gefallen.

7. März 1909. Der nur wenig gelockerte Verband zeigt auch jetzt noch keine Blaufärbung, und Patientin erklärt, noch kein Wasser gelassen zu haben; im Laufe des Tages erbricht Patientin ungefähr 100 ccm hellroten Blutes. Die Temperatur bewegt sich wieder in völlig normalen Grenzen: morgens 37,2°, abends 37°.

8. März 1909. Der Verband ist immer noch unverändert. Patientin gibt keine besondere Schmerzen an. Sie erbricht ungefähr 80 ccm Milch. Kein Urin, kein Stuhl. Bei der chemischen Untersuchung des Erbrochenen der beiden Vortage, die im öffentlichen Unter-

suchungsamte der Stadt Freiburg vorgenommen wurde, konnten Harnstoff bezw. Urate in demselben nicht nachgewiesen werden. Die gemessenen Temperaturen sind auffallend niedrig: 36,3° (Puls 60) und 36,2°.

9. März 1909. Der Verband wird zwecks weiterer Beobachtung erneuert, die Blase ist nicht perkutierbar oder palpabel, auch auf Druck nicht schmerzhaft, dagegen bestehen die Schmerzen in der rechten Nierengegend unverändert fort. Die Temperatur zeigt (nachmittags um 4 Uhr gemessen) eine plötzliche Steigerung von 36° auf 38,8°, für die keine erklärende Ursache vorhanden ist. Die Abendtemperatur beträgt 37,7° (rektale Messung). Die beiden Messungen werden sowohl mittags um 4 Uhr wie abends um 8 Uhr kurz darauf mit demselben Ergebnisse (nachmittags 4 Uhr 38,8° axillar, abends 8 Uhr 37,7° rektal) wiederholt.

10. März 1909. In der Temperaturkurve finden wir eine ähnliche Zacke wie am Vortage: 36,3° (8 Uhr morgens), 38,9° (4 Uhr) und 37,6° (8 Uhr abends). Eine genauere Blutuntersuchung ergibt: Viskosität des Blutes 4,8 (normaler Wert 4,5), Zahl der roten Blutkörperchen 6 Millionen im cmm.

11. März 1909. In der Nacht vom 10. auf 11. werden — nachdem also vom 5. abends ab kein Urin weder spontan noch durch Katheter entleert worden war — 500 ccm Urin gelassen. Der Urin ist von sehr trüber Beschaffenheit und von gelblicher Farbe; die chemische Untersuchung ergibt keinen Zucker und kein Eiweiß in demselben; die Menge des Harnstoffes beträgt in 100 ccm 3,690 g. Auf einen Einlauf hin werden reichliche Mengen Blut gemischt mit harten, weißlichen Faecesbrocken entleert. Zur weiteren Kontrolle wird ein neuer Stärkeverband angelegt.

12. März 1909. Das Erbrechen, welches mehrere Tage ausgesetzt hatte, stellt sich wieder ein; im ganzen werden 100 ccm Blut erbrochen. Die Temperatur

hält sich morgens und abends auf derselben Höhe: 36,4°.

13. März 1909. Es werden ungefähr 75 ccm erbrochen. Das Erbrochene hat einen aashaften Geruch: in demselben befinden sich einzelne Kotbestandteile; die festgestellte Stickstoffmenge beträgt 1,84%; die Temperatur beträgt 36,1° und 36,3°.

14. März 1909. An diesem Tage erreicht die Temperatur mit einem rapiden Anstieg auf 41,3° ihren höchsten während der Krankheit beobachteten Stand. Morgens um 8 Uhr beträgt sie 36,6°; auch um 4 Uhr mittags werden nur 36,1° gemessen; abends um 8 Uhr dagegen beträgt die Temperatur schon 39,9° und eine Viertelstunde später wird von der Schwester im Rektum die erwähnte hohe Temperatur von 41,3° gemessen (vgl. die Kurve). Eine gleichzeitig in der Achselhöhle ebenfalls von der Schwester nachgemessene und kontrollierte Temperatur beträgt 40°. Dabei ist der Puls mit 110 Schlägen in der Minute nicht übermäßig hoch. Nachmessungen wenige Minuten darnach durch Herrn Professor Schüle persönlich zeigen dasselbe Ergebnis. Um 9 Uhr ergibt eine neue Messung im Rektum eine Temperatur von 36,5° und auch der Puls ist auf 80 Schläge in der Minute gesunken. Im Laufe des Tages sind 600 ccm Urin entleert worden; Erbrechen fehlt.

15. März 1909. Urin wird nicht entleert, dagegen erbricht Patientin wieder, etwa 180 ccm. Temperatur 36° und 36,3°.

16. März 1909. Keine besondere Änderung des Krankheitsbildes; die Temperatur bleibt mit 36,3° niedrig. 600 ccm Urin werden spontan entleert. Nach Einlauf entleert Patientin einen reichlichen, in dunkelrotem Blute schwimmenden Stuhl von weißer Farbe.

17. März 1909. An diesem Tage wird noch einmal eine Temperatursteigerung beobachtet: während

morgens um 8 Uhr 36° und mittags um 4 Uhr ebenfalls 36° gemessen werden, ergibt die Messung in der Axilla um 8½ Uhr abends eine Temperatur von 38,3° und zur selben Zeit im Rektum von 39,3°. Eine halbe Stunde später wird bei zweimaliger Messung in der Achselhöhle eine Temperatur von 38,7° abgelesen. Um 9¼ Uhr — also 15 Minuten später — ist die Temperatur schon wieder auf die Norm (36,6°) gesunken.

18. März 1909. Die Urinmenge, die auch am 17. wieder sistiert hatte, beträgt nur 50 ccm, ebenfalls werden wieder rund 60 ccm erbrochen. Die Temperatur schwankt zwischen 38° (Axillar), 37° (Rectum), 36,5° und 36,7° (Axillar). Sonst ist keine Änderung eingetreten.

Am 19. März 1909 wird Patientin auf dringenden Wunsch der Eltern und des Hausarztes entlassen. Die Temperatur bei der Entlassung beträgt 36,3°.

Epikrise.

Betrachten wir nun noch einmal zusammenfassend die verschiedenen Erscheinungen des vorliegenden Krankheitsbildes, und namentlich auch den Verlauf der wechselnden Temperaturkurve. Zur Sicherung der Diagnose, die auf Hysterie gestellt wurde, finden wir in der Anamnese und der Krankengeschichte die verschiedensten Symptome. Der Hysterie verdächtig ist jene im 21. Jahre ganz plötzlich ohne jeden Grund aufgetretene retentio urinae; ebenso die beobachtete Schwellung des Gesichtes. Auch die im Oktober aufgetretenen Ödeme an den Händen, die nach zwei Tagen wieder verschwunden waren, sprechen für auf hysterischer Basis beruhend. Für abhängig von der Hysterie müssen wir wohl auch die in der Blinddarmgegend aufgetretenen Schmerzen halten, denen eine lokale Entzündung nicht zu Grunde lag; wenigstens konnte kein irgendwie dafür sprechender Befund erhoben werden. Bei der Aufnahme der Patientin in das Krankenhaus

waren von hysterischen Stigmata in deutlicher Weise die Ovarie und ein leichtes Ödem des linken Handrückens vorhanden; von andern Stigmata waren hingegen keine nachzuweisen. Gehört nun auch in diesen Symptomenkomplex der Hysterie im vorliegenden Falle die Anurie und das Fieber, handelt es sich mithin um eine „hysterische Anurie", ein „hysterisches Fieber"? Um dieses sicher behaupten zu können, müßte der von Binswanger für jeden Fall von hysterischem Fieber geforderte Nachweis geführt werden: 1) daß keine Organerkrankung vorgelegen habe, die etwa ein Grund für die Anurie und das Fieber hätte sein können, und 2) daß jede Täuschung von Seiten der Patientin ausgeschlossen werden konnte.

Was nun den ersteren Punkt betrifft, so geht aus der Krankengeschichte hervor, daß trotz mehrmaliger genauester Untersuchung keine Erkrankung irgend eines Organes festgestellt werden konnte; namentlich die Lungen erwiesen sich als vollkommen gesund. Irgend ein Anhaltspunkt für eine diagnostizierbare Organerkrankung konnte nicht gefunden werden; nun könnte man ja noch daran denken, daß es sich um das Vorhandensein einer nicht diagnostizierbaren Erkrankung gehandelt habe: dagegen spricht aber wieder der weitere Verlauf des Krankheitsbildes. Dreiviertel Jahre nach ihrer Erkrankung lebte Patientin nach dem Berichte ihres Hausarztes völlig beschwerdefrei und gesund zu Hause auf dem Lande und beschäftigte sich mit allen einschlägigen Landarbeiten!

Was nun die Temperaturkurve betrifft, die sich zwischen 36° und 41,3° bewegte, so muß uns vor allen Dingen das plötzliche Steigen und Fallen derselben, das in der Zeichnung in den steilen Zacken zum Ausdruck kommt, auffallen. Namentlich ausgeprägt finden wir diese Erscheinung bei der höchst gemessenen Temperatur, die in wenig Stunden von 36,1° auf 41,3° an-

gestiegen war, um im Verlaufe einer Viertelstunde auf 36,5° zu fallen. Etwas weniger markant, wenn auch immer noch beachtenswert in dieser Richtung sind die Messungen vom 6. März mit einem Anstiege von 37,3° auf 40,6° und baldigen Abfall auf 37,9° resp. 37,2° und am 17. März mit 36°, 39,3° und dreiviertel Stunden später wieder 36,7°; der ganze Verlauf dieser eigenartigen Kurve muß uns — namentlich bei Ausschluß irgend welcher Organerkrankung — schon von vornherein die Vermutung nahe legen, daß es sich um eine hysterische Erscheinungsform des Fiebers handelt; daß eine Täuschung bei den Fiebermessungen ausgeschlossen werden könnte, soll nachher noch kurz besprochen werden.

Vorerst noch einige Worte über das Krankheitssymptom der Anurie. Stellen wir die Urinmengen und die Mengen des Erbrochenen in zwei Rubriken gegenüber, so finden wir mit ein paar Ausnahmen die Ansicht Charcots von dem „vikariierenden Erbrechen“ bestätigt.

Datum	Urin	Erbrechen
4. März	550 ccm (K)	—
5. „	80 „	200 ccm
6. „	Anurie	—
7. „	„	100 ccm
8. „	„	180 „
9. „	„	—
10. „	„	—
11. „	550 ccm (sp)	—
12. „	Anurie	100 ccm
13. „	„	75 „
14. „	600 ccm (sp)	—
15. „	Anurie	180 ccm
16. „	600 ccm (sp)	—
17. „	Anurie	—
18. „	50 ccm (sp)	60 ccm

K = Katheter; sp = spontan.

Vom 28. Februar (Tag der Aufnahme) bis zum 3. März wurden die Urinmengen nicht gemessen. Aus obiger Tabelle ersieht man, daß im allgemeinen das Erbrechen mit den Tagen, an denen Anurie besteht (vergl. 7., 8., 12., 13. u. 15. März) zusammenfällt. Im Gegensatz zu den Beobachtungen von Charcot dürfen wir aber nicht vergessen, daß in dem vorliegenden Falle in dem Erbrochenen kein Harnstoff nachgewiesen werden konnte (nach den Untersuchungen des öffentlichen Untersuchungsamtes der Stadt Freiburg), eine „vikariierende" Harnstoffausscheidung also nicht stattgefunden hat. Zur Erklärung des Nichteintretens urämischer Intoxikationserscheinungen könnten wir die Theorie Charcóts nicht heranziehen, sondern müßten etwa diejenige von Holst („Ein Fall von Anuria hysterica", Zentralblatt f. Nervenheilk. u. Psychiatrie, 1892, n. F. 3, S. 45) berücksichtigen, der eine bedeutende Herabsetzung des gesamten Stoffwechsels dafür verantwortlich macht. Gerade in unserem Falle leuchtet diese Theorie um so mehr ein, da der Stoffwechselumsatz bei Patientin, die sich in sehr reduziertem Ernährungszustande befand, allerdings stark darniederlag.

Eine Täuschung von Seiten der Patientin (etwa durch Wegschütten des Urins usw.) war bei der strengen Überwachung und namentlich nach Anlegen des Stärkeverbandes nicht gut möglich. Ein Urinieren durch den Verband hindurch, der regelmäßig bei dem Besuche unversehrt vorgefunden wurde, ohne daß dasselbe durch Blaufärbung (da gleichzeitig ja 4 ccm 10 % Indigocarmin in die Blase injiziert worden waren) bemerkt worden wäre, darf man wohl ausschließen.

Und auch die Fiebermessungen scheinen mir auf tatsächlichem Vorkommen zu beruhen: die beobachteten hohen Temperaturen wurden des öfteren durch die Schwester im Rectum nachgemessen, verschiedentlich auch von Seiten des behandelnden Arztes kontrolliert.

Namentlich die hohe Temperatur von 41,3° am 14. abends schließt mit voller Sicherheit jede Täuschung aus, da sie bei zufälliger Anwesenheit des Herrn Professor Schüle während der Abendvisite von diesem selbst gemessen wurde. Eine durch die Patientin mögliche Täuschung bei den Rectalmessungen durch etwaige Kompression des Sphincter ani oder durch unauffälliges Reiben des Thermometers im Rectum machte ich zum Grunde von Versuchen, die ich bei mir selbst vornahm. An verschiedenen Tagen (morgens und abends) stellte ich rectal bei ruhiger Seitenlage ohne irgend welche körperliche Anstrengung oder Bewegung des eingeführten Thermometers meine Temperatur mit (durchschnittlich) 36,6° fest. Anschließend an jede Messung nahm ich sofort eine zweite vor, in der ich versuchte, durch möglichst starke Kompression des Sphincter ani, unter gleichzeitiger Anspannung der Glutaealmuskulatur und durch Auf- und Abbewegen des Thermometers die Temperatur höher zu treiben. Das Ergebnis fiel stets negativ aus: es ergaben sich allerdings einige Male ganz geringe Unterschiede von $^{2}/_{10}$° bis $^{3}/_{10}$°; im allgemeinen aber blieb die Temperatur dieselbe. Auf jeden Fall erscheint es mir ausgeschlossen, durch derartige Manipulationen eine nur irgendwie wesentliche Erhöhung der Temperatur vorzutäuschen. Da nun im vorliegenden Falle keine gleichzeitige Organerkrankung vorhanden war, die man für das Fieber hätte verantwortlich machen können, glaube ich die Frage nach der Existenz eines hysterischen Fiebers im positiven Sinne beantworten zu dürfen. In Berücksichtigung aller vorliegenden Symptome, in Bewertung des geschilderten Krankheitsbildes möchte ich diesen am hiesigen Diakonissenhause beobachteten Fall zu den wenigen rechnen, die für das — wenn auch seltene — Vorkommen eines primären hysterischen Fiebers und einer primären hysterischen Anurie als bewiesen angesehen werden können.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Schüle für die freundliche Überlassung des Materials und die mannigfaltige Unterstützung bei der Abfassung dieser Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Karl Johann Hessel, wurde geboren am 17. Januar 1885 zu Kreuznach an der Nahe als Sohn des praktischen Arztes, jetzigen Geheimen Sanitätsrates Dr. med. Julius Hessel. Seine Schulbildung erhielt er auf der Vorschule und dem königlichen Gymnasium zu Kreuznach, das er im Frühjahr 1905 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Er bezog dann die Universität Bonn, später Freiburg, Kiel und zum Schluß wieder Freiburg. Im Oktober 1907 legte er die ärztliche Vorprüfung in Freiburg ab und ebendort vom Oktober bis Dezember 1910 das ärztliche Staatsexamen.

Literatur.

(Eine ausführliche Angabe der Literatur findet sich in den Arbeiten von Kausch und von Sarbo.)

Adler: „Beiträge zu den Grenzgebieten der Chirurgie und Hysterie.“ Berliner klin. Wochenschr. 1908, Nr. 5, S. 202.

Barié: „Note sur un cas de fièvre hystérique.“ Gazette hebdom. de méd. et de chir., 1886, p. 389.

Binswanger: „Die Hysterie.“ Spezielle Pathologie u. Therapie. Herausgegeben von Dr. H. Nothnagel. Band XII, 1904, S. 594ff., S. 602ff.

Boissard: „Phénomène pseudo-méningitique dans l'hystérie.“ France médicale, 15, II, 83.

Bonardi: Gazz. degli ospedali. 1894.

Bouchet, Paul et Wagon, Alfred: „Un cas de fièvre et de délire avec phénomènes hystériques associés.“ Arch. génér. de méd., 1903, I, S. 1629.

Boulay: „De la fièvre hystérique.“ Gaz. des hôp., LXIII, 148, 1890, Paris, S. 1373.

Briquet: „Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.“ 1859.

Caramano: „De la fièvre hystérique.“ Presse médicale, 1905, S. 595.

Casper: „Die verschiedenen Arten der Anurie, ihre Pathogen. u. Ther.“ Therapie der Gegenwart, XLVIII, 10, 1907.

Castel, du: „Simulation erhöhter Temperaturen seitens Hysterischer.“ Soc. méd. des hôp. de Paris 1884. (refer. Neur. Zentralbl. 1884.)

Chantemesse: „Etude sur la meningite tuberculeuse de l'adulte.“ Paris 1884.

Charcot, J. M.: „Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensyst.“ Deutsch von Dr. B. Fetzer, Stuttgart 1874. IX. Vorlesung: „Über hysterische Ischurie.“

Charcot, J. M.: „Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, besonders über die Hysterie." Deutsche Ausgabe von S. Freud, Leipzig u. Wien, Toeplitz u. Denticke.

Chauveau: „Formes cliniques et pathogénie de la fièvre hystérique." Thèse de Paris 1888.

Clemow, A. H.: „Case of hysterical hyperpyrexia." British med. Journ. 1887, II, p. 1211.

Dalché: „Accidents hystériques à forme pseudoméningitiques." Gaz. médicale de Paris, 17, I, 1885.

Debove: „De la fièvre hystérique." Gaz. hebdom. de méd. et de chir., 1886, p. 306.

— „De la fièvre hystérique." Bull. de la soc. méd. des hôp., Févr. 13, 1885 et Avril 23, 1886.

Déjerine: zitiert nach Oppenheim.

Dippe: „Ein Fall von »hysterischem Fieber«." Deutsches Archiv für klinische Medizin, Band 64, 1898, p. 212.

Eichhorst: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Wien 04/08.

Estèves: „Fièvre hystérique." Nouv. iconogr. de la Salpêtrière 1892.

Fabre: „Pseudophthise bei Hysterie." Allg. med. Zentralzeitung 1883, 76.

Fazio: „Hysterisches Kotbrechen." Wiener klinische Wochenschrift 1903, Nr. 1.

Fernet: „De l'oligurie et de l'anurie hystériques et des vomissements, qui les accompagnent." Union médicale 1873, Avril, p. 566.

Fontana: „Di un caso di febbre isterica (Il Manicomio moderno, XV, 1899, 1—2 Nocera)." Referiert: Jahresbericht für die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie 1899, p. 771.

Frank-Bressler, C: „Hysterical fever." The med. Record. New York 1888, p. 466.

Gagey: „Des acccidents fébriles, qu'on remarque chez les hystér. Thèse de Paris 1869.

Gilles de la Tourette: „Traité de l'hystérie."

Goldflam: „Ein Fall von hysterischem Fieber." Neurologisches Zentralblatt 1906, Nr. 21, S. 978.

Gromier, Emile: „L'hyperthermie hystérique.“ Lyon 1904 (92 p.).

Guisy: Progr. méd. 1898.

Heller, R.: „Über eine unaufgeklärte fieberhafte Erkrankung unter den höchsten bisher gemessenen Temperaturen.“ Münchener med. Wochenschrift 1906, p. 1114 u. 1211.

Henle, Franz: „Über hysterische Blutungen und über einen Fall von Haematemesis bei Hysterie.“ Berlin 1892. G. Schade.

Heubner: „Über langdauernde Fieberzustände unklaren Ursprungs.“ Deutsch. Archiv für klin. Medizin, Band 64, 1899, p. 33.

Hildebrand, Emil: „Über das Fieber der Hysterischen.“ Inaugural-Dissertation. Zürich 1902.

Hock, A.: „Über Störungen im Bereiche des Harnapparates bei Hyst.“ Prager med. Wochenschrift, Band XXXII, 1907, Nr. 6, S. 65, 79.

Holst: „Ein Fall von Anuria hysterica.“ Zentralblatt für Nervenheilk. u. Psychiatrie 1892, n. F. III., S. 45.

Iliffe, Walter: Lancet II. 21. Nov. 1878. Referiert in Schmidts Jahrbuch, Band 198, S. 278.

Jacobi, Mary P.: „Hysterical fever.“ Rep. Proc. Alumn. Ass. Woman's M. Coll. Pennsyl. Phil. 1890.

Jakowenko: „Über hysterisches Fieber.“ Russische medizinische Rundschau 1907, V, S. 5.

Jolly: „Hysterie.“ Handbuch der prakt. Med. v. Ebstein u. Schwalbe 1900, Band IV.

Kallmeyer: „Was sollen wir von dem sogenannten hysterischen Fieber halten?“ St. Petersburger med Wochenschr. 1903, Nr. 30, p. 299.

Kausch: „Das hysterische Fieber.“ Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Dritter. Supplementband 1907, S. 452—479.

Klemperer: „Zur Kasuistik der Hysterie.“ Wiener med. Presse 1887, p. 210.

Kobler, G.: „Gibt es ein hysterisches Fieber?“ Wiener med. Wochenschrift 1900, p. 1266.

v. Krafft-Ebing: „Zwei Fälle von extremer Steigerung der Körperwärme bei Geisteskranken.“ Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 25.

Krehl: „Pathologische Physiologie.“ IV. Aufl. 1906.

Leube: Spez. Diagnose der inn. Krankh. 7. Aufl. 04 08.

Lorentzen: „En Temperaturstigning til 44,9 Grad.“ (Hospitalstidende 1889, Nr. 25.) Ref.: Zentralbl. f. klin. Medizin 1889, p. 569.

Macé: „Des accidents pseudo-méningitiques chez les hyst.“ Thèse de Paris 1888.

Massalengo u. Farinati: Riforma med. 1894.

Meißen: „Fieber u. Hyperthermie. Ein Fall von »hyst. Fieber«.“ Berliner klinische Wochenschrift 1898, p. 511.

Mering: Lehrbuch der inneren Medizin. 6. Aufl. 09.

Meyer, W.: „Über Anurie und Pseudoanurie bei Hysterie.“ Inaugural-Dissertation, Jena 1895.

Mierzejewski: „Über Hyperthermie bei Hysterie.“ Petersburger psychiatr. Gesellschaft 1890; referiert: Neurologisches Zentralblatt 1890, p. 523.

Mittag, J.: „Über Anurie.“ Inaugural-Dissertation, Halle 1904.

Möbius: „Über Hysterie.“ Schmidts Jahrbuch 1883, Band 199, S. 185—206.

Mörchen: „Zur Frage des hysterischen Fiebers.“ Berliner klinische Wochenschrift 1908, Nr. 50, S. 2220.

Moravczik: „Beiträge zu Temperatur-, Puls- und Respirationsverhältnissen bei Hysterischen.“ Orvosi hetilap., Budapest 1886; zitiert nach Sarbo.

Novatzkij: „Ein Fall von hyst. Fieber bei einem Soldaten.“ Wratsch 1897, Nr. 21. Ref.: Fortschr. d. Neurolog. 1897, p. 841.

Oppenheim: Lehrbuch d. Nervenkrankheiten. 5. Aufl. 1905.

Osler-Hoke: Lehrbuch der inneren Medizin 1909.

v. Petersen: „Hysterisches Fieber.“ Petersburger med. Wochenschrift 1904, Nr. 4, S. 36.

Peyer, A.: „Der Urin bei Neurosen.“ v. Volkmanns Sammlg. klin. Vorträge, Nr. 341, 1889.

Pinard: „De la pseudofièvre hystérique.“ Thèse de Paris 1883.

Pitres, A.: „Leçons cliniques sur l'hystérie.“ Paris, Octave Doin, Editeur, 1891.

Rigal: Thèse de Paris 1877. Zitiert nach Boulay.

Rosental: „Über vasomotor. Innervationsstörung bei Hysterie.“ Allg. Wiener med. Zeitung 1871, No. 23 und 24.

— „Über Gefühlsstörungen bei Hysterie.“ Prager med. Wochenschrift 1877, p. 337.

Salkowski und Leube: Lehre vom Harn.

Sarbó: „Über hysterisches Fieber.“ Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, Bd. XXIV, S. 486—537, 1892.

Scherschewsky: „Über Thermoneurosen.“ Virchows Archiv, Bd. 96, 1884, S. 131.

Schwab: „Ein Beitrag zum hysterischen Fieber.“ Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XXVIII, 1908.

Schwarz: „Über sogenanntes hysterisches Fieber.“ St. Petersburg. med. Wochenschr, Bd. XXXII, 1907, No. 42 u. 43.

Smith, Alexander: „Hysterical high temperature.“ Med. News, New-York 1896, p. 690.

Stiller: „Gibt es ein hysterisches Fieber?“ Pest. med. chir. Presse, Budapest 1906, XXXII, S. 349—352.

Strasser: „Nervöse Hyperthermie.“ Wiener klinische Rundschau 1902, p. 328.

v. Strümpell: Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. 16. Aufl. 1907.

— Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 2, S. 353. (1892.)

— Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 30, S. 281. (1906.)

Teabe, J. W.: „Case of remarkable elevation of temperature (to 122° F) after injury to the spine. Clinical society of London, Lancet 1875, Vol. 1, p. 340. Zitiert nach Schmidts Jahrbuch 1875, Bd. 168, S. 54.

Tillmann: „Ein Fall von hysterischem Fieber.“ Münch. med. Wochenschrift 1903, p. 651.

Thompson, W.: „Hysterical fever.“ Med. News, Vol. 70, 1897, p. 13. Zitiert nach Kausch.

Ughetti: „La febbre isterica.“ La Riforma med. 1903, No. 9. Zitiert nach Adler.

Unschuld: „Hysterisches Fieber.“ Münchener med. Wochenschrift 1903, No. 19, S. 847.

Unverricht: „Kritische Bemerkungen zur Fieberlehre.“ Deutsche med. Wochenschrift 1888, S. 779.

Vizioli: „Ipertermia et ipotermia in un caso di isterismo con annotazione sulla nutrizione delle isterische. Annali di Nevrologia, Vol. 9, 1891, p. 539. Referiert im Neurologischen Zentralblatt, 1893, p. 58.

Vogel: „Über Anurie.“ Berliner klin. Wochenschr. 1907, No. 39, S. 1252.

v. Voss: „Zur Lehre vom hysterischen Fieber.“ Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk., Bd. XXX, Heft 3, S. 166.

— zu demselben; Erwiderung. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk., Bd. XXXI, Heft 4, S. 327.

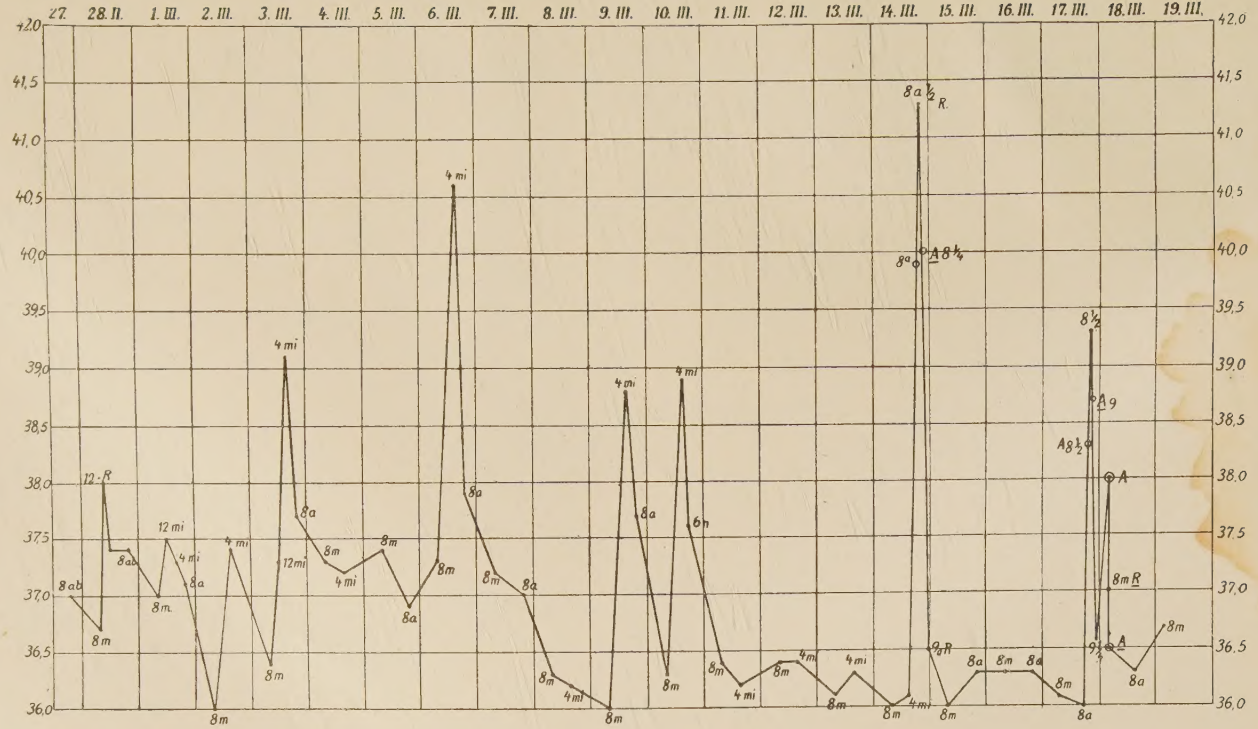
White, Hale: „A case of hysterical pyrexia.“ Clin. soc. of London. The Lancet 1886, Vol. 1, p. 351. Zitiert nach Sarbó.

Widal: „De la fièvre hystérique.“ Revue génerale de clin. et de thérap. Paris 1903, XVII, 817.

Wormser und Bing: „Ein einwandfreier Fall von hysterischem Fieber.“ Münchener med. Wochenschr. 1900, No. 40 u. 41, p. 1373.

Wunderlich: „Das Verhalten der Eigenwärme bei Krankheiten.“ Leipzig 1870. Zitiert nach Kausch.

Ziehen: „Die Hysterie.“ Die deutsche Klinik am Eingange d. 20. Jahrhunderts, herausgegeben von E. v. Leyden und F. Klemperer. Bd. VI, Nervenkrankheiten, 1905.


27. 28. II. 1. III. 2. III. 3. III. 4. III. 5. III. 6. III. 7. III. 8. III. 9. III. 10. III. 11. III. 12. III. 13. III. 14. III. 15. III. 16. III. 17. III. 18. III. 19. III.
42,0
41,5
41,0
40,5
40,0
39,5
39,0
38,5
38,0
37,5
37,0
36,5
36,0
8ab
8m
12-R
8ab
8m.
12 mi
4 mi
8a
8m
4 mi
8m
12mi
4 mi
8m
8a
8m
4 mi
8a
8m
8a
8m
4 mi
8m
4 mi
8a
8m
4 mi
8m
6n
8m
4 mi
8m
4 mi
8m
4 mi
8m
4 mi
8a ½ R.
8a
A 8¼
9a R
8m
8a
8m
8a
8m
8a
8½
A 9
A 8½
A
8m R
9½
A
8a
8m